UNIVERSITE DE RENNES 1
FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire : 2006-2007
N°

THESE
EN VUE DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Aurélie BOUTIN

Née le 30 mars 1979 à Laxou

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2007

LA PHARMACIE FAMILIALE :
Etat des lieux en 2006-2007 en Haute Garonne, à partir d'enquêtes auprès de 244 patients et de 52 médecins généralistes.

JURY de l'UNIVERSITÉ de TOULOUSE, faculté de médecine :

Directeur de Thèse	Monsieur le Docteur Michel Bismuth
PRESIDENT du Jury	Monsieur le Professeur Philippe Arlet
Membres du jury	Monsieur le Professeur Jean-Louis Montastruc Madame le Professeur Catherine Muller Monsieur le Professeur Marc Vidal Monsieur le Docteur Pierre Boyer
Membre invité	Monsieur le Docteur Jacques Bez

PROFESSEURS DES UNIVERSITES, de RENNES

ALMANGE Claude	Cardiologie
AVRIL Jean-Loup	Bactériologie-Virologie-Hygiène hospitalière
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique
BOURGUET Patrick	Biophysique et Médecine nucléaire
BRACQ Henri	Chirurgie infantile
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Hépatologie-Gastro-Entérologie
BRISSOT Pierre	Hépatologie-Gastro-Entérologie
BRISSOT Régine	Médecine Physique et de Réadaptation
BURGUN Anita	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de communication
CARRE François	Physiologie
CARSIN Michel	Radiologie et Imagerie médicale
CATROS-QUEMENER Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard	Rhumatologie
CHAPERON Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CHARLIN Jean-François	Ophtalmologie
CHENAL Christian	Cancérologie-Radiothérapie
CHEVRANT-BRETON Jacqueline	Dermato-Vénéréologie
COLIMON Ronald	Bactériologie-Virologie-Hygiène hospitalière
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DARDENNE Philippe	Pédo-Psychiatrie
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et Biologie Moléculaire
DELAVAL Philippe	Pneumologie
DENIS Marc	Biochimie et Biologie Moléculaire
DESRUES Benoît	Pneumologie
DEUGNIER Yves	Hépatologie-Gastro-Entérologie
DUVAUFERRIER Régis	Radiologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
EDAN Gilles	Neurologie

FEST Thierry	Hématologie-Transfusion
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GALIBERT Francis	Biochimie et Biologie Moléculaire
GANDON Yves	Radiologie et Imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et Mycologie
GODEY Benoit	Oto-Rhino-Laryngologie
GRALL Jean-Yves	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale
GROSBOIS Bernard	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillissement
GUEGAN Yvon	Neurochirurgie
GUIGUEN Claude	Parasitologie et Mycologie
GUILLE François	Urologie
GUYADER Dominique	Hépatologie- Gastro-Entérologie
HERESBACH Denis	Hépatologie-Gastro-Entérologie
HERRY Jean-Yves	Biophysique et Médecine nucléaire
HESPEL Jean-Pierre	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillissement
HONNORAT Charles (associé)	Département de Médecine générale
HUSSON Jean-Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
JOUANNY Pierre	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillissement
KERBRAT Pierre	Cancérologie-Radiothérapie
KERISIT Jacques	Anatomie et Cytologie pathologiques
LAMY de la CHAPELLE Thierry	Hématologie-Transfusion
LANCIEN Gérard	Anatomie et Cytologie pathologiques
LANGLAIS Frantz	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LE BEUX Pierre	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de communication
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE CLECH Guy	Oto-Rhino-Laryngologie
LE GALL Edouard	Pédiatrie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et Droit de la santé
LE LANNOU Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
LE POGAMP Patrick	Néphrologie
LE TREUT André	Biochimie et Biologie Moléculaire
LE TULZO Yves	Réanimation médicale
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LEVASSEUR Gwénola (associée)	Département de Médecine générale
LEVEQUE Jean	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale
LOBEL Bernard	Urologie

MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
MELKI Gérard	Biophysique et Médecine nucléaire
MEUNIER Bernard	Cancérologie-Radiothérapie
MICHELET Christian	Maladies infectieuses - Maladies tropicales
MILLET Bruno	Psychiatrie d'Adultes
MORANDI Xavier	Anatomie
MOSSER Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire
MOULINOUX Jacques	Biologie cellulaire
ODENT Sylvie	Génétique
PATARD Jean-Jacques	Urologie
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
POULAIN Patrice	Gynécologie et Obstétrique
RAOUL Jean-Luc	Cancérologie - Radiothérapie
ROCHCONGAR Pierre	Physiologie
ROUSSEY Michel	Pédiatrie
SCARABIN Jean-Marie	Anatomie
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Hépatologie Gastro-Entérologie
TARTE KARIN	Immunologie
THOMAS Rémy	Réanimation médicale
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie
TOULOUSE Pierre	Physiologie
VERGER Christian	Médecine et Santé au Travail
VERIN Marc	Neurologie
WATIER Eric	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ; Brulologie
WODEY Eric	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES, de RENNES

AMIOT Laurence	Hématologie ; Transfusion
ANNE Marie Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BEGUE-SIMON Anne-Marie	Département de Santé Publique
BENTUE-FERRER Danielle	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique

BERNARD Anne-Marie	Biophysique et Médecine nucléaire
CATHELINE Michel	Biochimie et Biologie moléculaire
CAUBET Alain	Médecine et Santé au travail
DAMERON Olivier	L.I.M. Biostatistiques
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et Mycologie
DELAMARE Bénédicte	Département de Médecine Générale
DUBOURG Christèle	Biochimie et Biologie moléculaire
FERGELOT Patricia	Biochimie et Biologie moléculaire
GAILLOT Olivier	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GARIN Etienne	Biophysique et Médecine nucléaire
GOASGUEN Jean	Hématologie ; Transfusion
GUENET Lucienne	Biochimie et Biologie moléculaire
GUILLET Benoit	Hématologie
JOUAN Hélène	Anatomie et Cytologie Pathologiques
LAVENU Audrey	Biostatistiques
LE CALVE Michèle	Cytologie et Histologie
LE GALL François	Anatomie et Cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
LECLERCQ Nathalie	Anatomie et Cytologie pathologiques
LESCOAT Denise	Cytologie et Histologie
LESSARD Yvon	Physiologie
MASSART Catherine	Biochimie et Biologie moléculaire
MAUGENDRE Sylvie	Anatomie et Cytologie pathologiques
MILON Joëlle	Anatomie
MOTTA Claude	Biochimie et Biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	INSERM U 49
PAPE Danielle	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique
PAYSANT François	Médecine légale et Droit de la santé
REYMANN Jean-Michel	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique
RIOU Françoise	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
RUELLAND Annie	Biochimie et Biologie moléculaire
RUFFAULT Annick	Bactériologie - Virologie - Hygiène hospitalière
SEGALEN Jacqueline	Cytologie et Histologie
TURLIN Bruno	Anatomie et Cytologie pathologiques

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe ARLET, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH, qui a dirigé ce travail avec beaucoup d'attention et qui l'a de ce fait bien valorisé ; remerciements également pour son écoute et ses riches conseils en tant que maître de stage.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis MONTASTRUC, qui nous a fait l'honneur d'accepter de siéger à ce jury.

A Madame le Professeur Catherine MULLER, qui nous a fait l'honneur d'accepter de siéger à ce jury.

A Monsieur le Professeur Marc VIDAL, pour son enseignement, membre du jury.

A Monsieur le Docteur Pierre BOYER, pour son écoute et ses riches conseils en tant que maître de stage, membre du jury.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel MULLER, pour ce qu'il a représenté dans mes études médicales.

A Guillaume, mon cher et tendre, pour son aide et sa patience.

A ma famille pour leur soutien, avec une pensée toute particulière pour mon grand père médecin généraliste.

A mes amis pour leur présence.

INTRODUCTION

Dans le cadre des différentes prestations du médecin généraliste, les visites à domicile sont des occasions offertes au praticien de s'intéresser à la notion de stockage des médicaments chez ses patients.

Suite à une idée d'un de mes maîtres de stage en libéral, le Docteur Philippe Hilary à Cugnaux, ma réflexion sur les pharmacies familiales a lentement mûri.

En entamant mon deuxième stage en cabinet, le Docteur Michel Bismuth m'a proposé de m'aider et de me guider pour réaliser une thèse de doctorat en médecine sur ce sujet.

De quoi sont constitués les stocks de médicaments chez nos patients ? Où sont-ils rangés ? Les pharmacies des patients sont elles dangereuses ? De part leur contenant et/ou leur contenu ? De nombreuses questions sont vite apparues, amenant elles mêmes d'autres questions, industrielles et de bonnes pratique : les boîtes de médicaments sont-elles adaptées aux prescriptions ? L'observance des patients est-elle bonne ? Que deviennent les médicaments non utilisés ? Sont-ils les seuls stockés dans les pharmacies familiales ? Comment les pharmacies sont elles gérées? A quelles occasions sont-ils réutilisés ? Sous quels conseils le sont-ils? La balance bénéfices -risques des pharmacies familiales est-elle positive ?

Il est nécessaire de connaître les médicaments pour en faire bon usage. Ce sont des substances ayant pour but de soigner mais cela sous certaines conditions particulières. Elles ne sont pas dénuées d'effets indésirables ou de risques d'interactions. Alors, comment limiter les risques liés à la présence dans tous les foyers français de pharmacie familiale?

Il devient alors évident que les médecins généralistes, et dans un domaine plus large les pharmaciens et les industriels pharmaceutiques, peuvent avoir un rôle important à jouer dans toutes ces réflexions. Mais une question demeure : les médecins eux-mêmes ont-ils le désir et l'aspiration à conseiller et prodiguer les règles élémentaires autour de la pharmacie familiale ?

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes penchés sur les origines du médicaments et de la pharmacie familiale, ensuite nous avons réalisé un état des lieux des pharmacies familiales en analysant près de 250 questionnaires de patients interrogés en fin de consultations sur une période de quatre mois, puis nous nous sommes intéressés à l'avis anonyme d'une cinquantaine de médecins généralistes de la Haute Garonne sur le sujet. Les résultats et les conclusions de ces enquêtes tenteront d'apporter des conseils aux médecins et aux patients quant à la gestion de leur pharmacie, au travers de cette thèse et par l'intermédiaire d'un site internet.

« Tout est poison, rien n'est sans poison. Seule la dose fait qu'une chose n'est pas un poison. »

Paracelse

PRESENTATION

Dans un premier temps nous aborderons les définitions puis l'historique et enfin l'actualité du médicament, des thérapeutiques, de la pharmacie.

I Définitions :

Les étymologies des termes « médicament » et « pharmacie » nous plongent rapidement dans la bivalence bénéfice-risque de ces notions.

A) « Médicament » :

Le mot Médicament vient du latin « medicamentum » qui signifie remède, drogue, onguent, potion, poison, antidote.

Sa définition actuelle, selon Le Petit Larousse (1) :

« Substance ou composition administrée en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger, modifier les fonctions organiques. »

Les médicaments sont constitués d'un ou de plusieurs produits actifs (molécules à l'origine de l'activité thérapeutique) et d'excipients (substances permettant la présentation des molécules actives sous différentes formes administrables).

Exemples d'excipients : eau, saccharose, amidon, alcool…

La galénique : présentation du médicament.

Voici quelques exemples de galéniques : comprimé, gélule, sirop, injectable, suppositoire, collyre, pommade, ovule, patch…

Le nom du principe actif est celui utilisé pour la dénomination commune internationale (DCI).

B) « Pharmacie » :

Le mot Pharmacie tient son origine du grec « pharmakeia » de« pharmakon » qui signifie le poison et son antidote, le mal et son remède, toute substance capable d'exercer une action très favorable ou très défavorable selon les cas, selon les circonstances, selon les doses (médecine des semblables et des opposés d'Hippocrate) (B. Lachaux et P. Lemoine " Placebo, un médicament qui cherche sa vérité " (2))

Selon le Petit Larousse illustré, il existe trois définitions pour le terme Pharmacie :

1) Science des médicaments, de leur composition et de leur préparation.

2) Magasin, ou local où l'on prépare, où l'on vend des médicaments. *Pharmacie de garde. Pharmacie de l'hôpital.*

3) Petite armoire ou petite trousse portative où l'on range les médicaments.

Nous retrouvons l'ambiguïté du terme pharmacie dans le symbole que représente le caducée de la pharmacie :

Le serpent crache son venin dans la coupe d'Hygie (fille d'Asclépios, dieu de la médecine, elle est déesse de la santé et de l'hygiène). Cf. illustration ci dessous.

Caducée de la pharmacie

II Historique des thérapeutiques et du médicament à travers le monde :

En étudiant l'histoire des thérapeutiques nous prenons conscience qu'il a fallu des siècles d'expérimentations pour arriver à nos traitements d'aujourd'hui.

Nous allons nous pencher rapidement sur les mœurs dans ce domaine de façon plutôt chronologique et de part le globe.

(Informations principalement extraites de « l'Histoire de la Pensée Médicale en Occident » (3) et de « l'histoire de la médecine » de B.Halioua (4)).

A) Médecine chinoise :

(Vers 2500 ans avant Jésus Christ)

L'objectif de la médecine chinoise est d'obtenir l'équilibre entre le Yin et le Yang, deux forces cosmologiques indissociables, et cela en s'aidant de :

- La pharmacopée : les différents produits sont employés le plus souvent sous forme de décoctions, potions, pilules et infusions.

Voici quelques produits utilisés alors :

- le chanvre indien et l'opium comme anesthésiques,
- l'arsenic contre les maladies cutanées,
- le mercure contre la syphilis,
- le soufre contre la gale.

- L'acupuncture : qui consiste à introduire sous la peau, en des points précis, des aiguilles métalliques pleines, très fines, où elles demeurent pour un temps variable. Ces points précis sont situés selon la médecine traditionnelle chinoise sur des lignes (méridiens) où circule l'énergie vitale et leur piqûre est destinée à régler le fonctionnement des organes en rapport avec eux. Cette stimulation tonifie ou disperse l'énergie de la zone de l'organe que l'on cherche à soigner afin d'obtenir l'équilibre du yin et du yang. (5)

- La moxabustion : application sur la peau de cônes de feuille d'absinthe ou d'armoise ou d'autres plantes à enflammer afin de provoquer une ampoule sur des points précis. Elle réchauffe le méridien pour promouvoir la circulation de l'énergie et d'activer la circulation sanguine.

B) Médecin égyptienne :

(Vers 1500 ans avant Jésus Christ)

La pharmacopée égyptienne, qui se distingue par sa richesse, est peut être à l'origine de notre pharmacie, ne serait-ce qu'étymologiquement (cf. paragraphe précédent sur les définitions).

Le papyrus Ebers est un papyrus datant de 1550 avant Jésus Christ où il est décrit des traités de pharmacologie et de thérapeutique. Il comprend 875 prescriptions, il est la base de nos connaissances sur l'origine de la médecine égyptienne.

Les préparations médicamenteuses étaient souvent longues, compliquées et surtout fort nombreuses. A ces préparations il était associé parfois la récitation de formules magiques. Nombre de produits qui entrent dans la composition de ces médicaments nous restent inconnus à ce jour, comme l' *« œil du ciel »,* l' *« onguent coûteux »*, la *« queue de rat »,* la *« tête d'âne »* ou la *« dent de porc ».*

Cette pharmacopée reposait essentiellement sur trois types de substances à vertus thérapeutiques : substances d'origine minérale, végétale, et animale.

Les Egyptiens utilisaient les potions, les gargarismes et bains de bouche, les infusions, les décoctions, les macérations, les pilules, les pastilles, les boulettes, les cataplasmes, les onguents, les pommades ophtalmiques et auriculaires, les emplâtres, les collyres, les inhalations, les fumigations, les suppositoires, les lavements, les tampons et les injections vaginales.

Le médecin se chargeait lui-même de préparer ces recettes du moins d'après ce qui ressort des papyrus médicaux. Mais il pouvait être secondé par un assistant avec lequel il partageait ses secrets.

Plus largement, la préparation pharmaceutique pouvait dépendre d'une organisation, et l'administrateur avait le titre de « chef des pharmaceutes ».

Une fois contrôlées par le prêtre, « l'homme aux plantes médicinales », les plantes y étaient entreposées sous la surveillance du « gardien de la myrrhe ». Aurait-on là les vénérables ancêtres des préparateurs en pharmacie, voire des pharmaciens ?

Ces données historiques sont issues de l'ouvrage « La médecine au temps des pharaons »de B.Halioua (6)

C) Médecine des Hébreux :

(Vers 1000 ans avant Jésus Christ)

La pharmacopée mentionnée dans l'ancien testament est variée, elle comprend, entre autres la mandragore (plante des régions chaudes dont la racine, tubérisée et bifurquée, rappelle la forme d'un corps humain (1)), les baumes, la myrrhe (résine odorante fournie par un arbre d'Arabie (1)), la résine, les épices, les figues (Isaïe 38 :31), l'huile (Isaïe 1 :6)… L'encens était utilisé comme désinfectant (Exode 30 :7)

D) Médecine Romaine :

(Vers le début de notre ère)

La prescription médicale faisait suite à un examen clinique rudimentaire avec une palpation du pouls et un mirage des urines.

Trois thérapeutiques existaient :

1) La Thériaque : du grec theriakos « bon contre les bêtes sauvages » formule établie par Andromaque, médecin de Néron au premier siècle de notre ère. Substance composée d'une soixantaine de plantes, d'opium et de chair de vipère, considérée comme l'antidote idéal de tout empoisonnement.

La thériaque est devenue une panacée conseillée dans les céphalées, les vertiges, les baisses d'acuité visuelle, les délires, les cauchemars, les épilepsies, l'asthme, les hémoptysies…

Mais la thériaque était également utilisée de façon préventive : Néron (37-68) et Marc Aurèle (121-180) en prenaient une dose chaque jour.

La thériaque fut un véritable succès, elle fut consommée, sous des formules différentes, jusqu'à la fin du XIX ème siècle. (7)

2) L'eau : c'est le développement du thermalisme.

Utilisation des eaux alcalines, sulfureuses, cuivreuses ou salines selon les indications sous formes de boissons, de bains, de douche générale ou locale.

3) Les saignées, pratiquées depuis l'antiquité, préconisées par Hippocrate et Galien selon la théorie des humeurs : théorie selon laquelle la santé de l'esprit et du corps est fondée sur l'équilibre des quatre humeurs dans le corps :

- le sang,
- le phlegme,
- la bile jaune,
- la bile noire.

E) Médecine Arabe :

(Vers le VI ème siècle)

Les arabes qui maîtrisent la chimie ont développé les techniques telles que la distillation, la sublimation, la filtration, la dissolution et la calcination (action de soumettre à une température très élevée, (1)).

Ils ont permis un développement fulgurant de la pharmacie galénique et chimique ainsi que l'essor d'une nouvelle profession : la pharmacie.

Jusqu'au XI ème siècle, il n'y avait pas de distinction entre les sciences médicales et pharmacologiques.

Les premières acquisitions pharmacologiques des Arabes étaient celles qui leur avaient été transmises par les écrits grecs. Par la suite, ils ont importé des drogues nouvelles de l'Inde et de la Chine. Ils ont créé les premières pharmacies avec leurs grands vases de faïences contenant leurs médicaments.

F) Médecine du moyen âge occidental :

Les thérapeutiques reposaient à la fois sur l'alchimie, la pharmacie et l'astrologie.

Le corps de l'homme était vu comme lié au macrocosme, et chaque signe relié à une partie de son corps (du haut en bas en partant du Bélier jusqu'aux Poissons), ainsi nous avons:

Bélier : tête
Taureau : cou, gorge
Gémeaux : bras, mains, poumons
Cancer : estomac, seins
Lion : cœur, nerfs
Vierge : intestins
Balance : reins
Scorpion : organes sexuels
Sagittaire : hanches, cuisses
Capricorne : genoux
Verseau : mollets, chevilles
Poissons : pieds

La théorie des signatures : plusieurs alchimistes mettent sur pied une médecine par analogie, où le végétal est censé indiquer à l'homme la maladie ou la partie du corps qu'il peut soigner.

Le plus célèbre de ces médecins-alchimistes est probablement le suisse Auréole Philippe Théophraste Bombast von Hohenheim, mieux connu sous le nom simplifié de Paracelse (1493-1541).(« La médecine des signatures » de François Couplan (8)).

Oswald Crollius (1560-1609, disciple de Paracelse) dans " La Royale chimie " explique : *" Les herbes parlent au médecin attentif par leur signature, lui découvrant par quelque ressemblance leurs vertus intérieures, cachées sous le voile du silence de la nature."*

La médecine médiévale a hérité également de la pratique des saignées issue de la théorie des humeurs et de l'engouement pour la thériaque.

Pendant l'époque médiévale la religion catholique prend une part non négligeable dans le traitement de diverses pathologies, et cela jusqu'au XIX ème siècle. *« La grande majorité des croyants tentent de conjurer le malheur du corps par la sanctification de l'âme ; prières, confessions complètes, offrandes de cierges à la statue d'un saint guérisseur, vœux, pèlerinages…figurent au premier rang des procédés thérapeutiques non médicaux »*. (9)

III L'origine de la pharmacie familiale et la « Médecine Domestique » :

Au début de l'époque moderne, (vers 1500), les maladies étaient soignées pas des personnes aux formations professionnelles et aux statuts sociaux très divers : médecins, chirurgiens issus de l'université mais aussi d'autres guérisseurs reconnus comme les nourrices et les sages femmes.

Mais il existaient également un grand nombre de guérisseurs non officiels : herboristes, barbiers (chirurgiens pour les petits gestes : percer des abcès, faire des saignées…), dentistes, rebouteux…Le XVI ème et le XVII ème siècles sont l'âge d'or des imposteurs et des saltimbanques. Le charlatan habile fait de la guérison un spectacle et un amusement public.

Les patients ont aussi l'habitude de se soigner tout seuls. La médecine commence au foyer. Se soigner soi-même, administrer des remèdes aux membres de la famille et plus généralement soigner des amis, sont des pratiques habituelles au début de l'époque moderne.

La « médecine sans médecin » était tantôt une nécessité tantôt un libre choix.

Anciennement l'automédication faisait partie d'une culture médicale profane, puisant ses racines dans la communauté et dans la sagesse populaire*. « Une personne ne sachant pas se soigner était aussi inapte à vivre convenablement qu'une femme ne sachant pas cuisiner ou coudre ou qu'un gentleman incapable de monter à cheval. »* selon R. Porter, historien britannique spécialisé dans l'histoire de la médecine.

Les médecins professionnels désapprouvent souvent l'automédication.
« Ces dames et ces seigneurs qui se font docteurs » dit James Mac Kittrick, médecin à la mode à Bath (en Grande Bretagne) à la fin du XVIII ème , *« mettent en danger la santé de la nation, en prétendant être experts en médecine. »*

Mais tous les médecins ne sont pas de cet avis, certains sont à l'origine d'une vaste production littéraire sur la médecine domestique. La médecine domestique est le fait de se soigner sans requérir un avis d'un professionnel de la santé. Voici quelques exemples d'œuvres sur ce sujet qui ont eu du succès à cette époque :

- John Wesley (prêtre anglican), fondateur d'un mouvement religieux, le méthodisme, publia un ouvrage très populaire : *Primitive Physich* (1747) enseignant aux pauvres comment soigner la plupart de leurs maux à l'aide de simples ingrédients de cuisine (oignon, ail, miel…)

- André Tissot (1728-1797) médecin suisse prône l'automédication, il publie un ouvrage *« Avis au peuple sur sa santé »* en 1761. Dans sa préface il note « *Je n'ignore pas que l'on a déjà quelques ouvrages mais les uns, quoique faits dans un bon but, produisent un mauvais effet ; de cette espèce sont tous les recueils de remèdes sans description de la maladie (…). Les autres se rapprochent du mien,*

mais sont trop volumineux, ou trop courts » De son vivant, cet ouvrage a été édité à 18 reprises. (10)

- William Buchan (médecin écossais 1729-1805) *Domestic medicine* (1769) en français le titre entier : *Médecine Domestique, ou traité complet des moyens de se conserver en santé, de guérir et de prévenir les maladies, par le régime et les remèdes simples.* (En 5 volumes)

W. Buchan veut rendre la médecine accessible à tout le monde et affirme que la démocratie médicale est une extension des droits de l'homme promus par la révolution française. W. Buchan insiste aussi sur le fait que dans une maison bien équipée, il faut toujours avoir une armoire à pharmacie.

Selon lui dans cette armoire on doit trouver ceci :

« *Agaric de chêne, assa foetida, bandages, cérat de Turner, chardon bénit, crème de tartre, eau de camelle, eau de menthe poivrée, eau de menthe romaine, écorce des jésuites, élixir de vitriol, emplâtre de cire, esprit de corne de cerf mâle, esprit-de-vin, esprit doux de nitrate, esprit doux de vitriol, fleur de soufre, gentiane, gomme ammoniaque, gomme arabique, gomme de camphre, hépatique couleur cendre, huile d'amande, huile d'olive, Ipéca, Julep, Laudanum liquide, magnésie blanche, manne, onguent blanc et onguent de basilic jaune, poix de bourgogne, poudre de pinces de crabe, racine de réglisse, racine de valériane sauvage, rhubarbe salpêtre, sel ammoniaque, sel de gauber, sel de prunelle, séné, serpentaine, sirop d'orange, sirop de citron, sirop de pavot, tamaris, vinaigre de scille ».*

Un grand nombre d'auteurs suivirent l'exemple de A. Tissot et W. Buchan. Tous ces auteurs expriment les idées des lumières, insistent sur le devoir des parents de soigner eux-mêmes leurs enfants (le bien être des enfants est alors négligé par les médecins professionnels).

Au XVIII ème siècle, il était possible d'acheter des coffres de médicaments déjà préparés, accompagnés d'un mode d'emploi.

IV Les progrès de la médecine aux XIX ème et XX ème siècles :

Le XIX ème siècle est une période de transition avec la coexistence de médecines à différentes vitesses.

A) Les empreintes du passé

Jusqu'à la fin du XIX ème siècle, la religion catholique garde une place importante dans le traitement de diverses maladies par les prières, les saints guérisseurs, les pèlerinages...

Dans les médecines populaires est jugé bon ce qui ancien, ce qui est censé avoir fait ses preuves à travers les siècles.

Claude Bernard, (1813-1878) considéré comme le fondateur de la médecine expérimentale, explique pourquoi le charlatanisme garde, encore de son vivant, une place importante dans la médecine : *« Le besoin de croire et d'être trompé qui est naturel à l'homme le porte à croire tous ceux qui lui promettent sa guérison. Telle est donc l'origine des charlatans. »*

Une médecin populaire est *« une médecine pour le peuple et par le peuple »* (9). La médecine domestique continue à prendre de l'ampleur au XIX ème siècle.

La vulgarisation médicale est un moyen pour *« imposer la science, la médecine scientifique et la médicalisation du peuple ainsi que pour abattre les obscurantisme, les systèmes, les empirismes et autres charlatanisme » (9)*.

Parallèlement à ces anciennes méthodes, se développent des médecines dites parallèles dont 4 auraient particulièrement marqué le XIX ème et le XX ème siècles en France (9)

B) Les médecines parallèles

1) l'acupuncture

Ce sont les gens d'Eglise, à la tête des premières missions envoyées en Extrême -Orient au XVI ème siècle, et les médecins, qui commencèrent à populariser la médecine chinoise. Mais presque toutes les tentatives pour implanter l'acupuncture échoueront jusqu'au milieu du XX ème siècle.

L'acupuncture fût reconnue comme science médicale à part entière par l'OMS en 1979. (5)

2) l'homéopathie

Christian Frédéric Samuel Hahnemann (1755-1843), médecin allemand expérimente sur lui-même, en 1790, les effets de l'écorce de quinquina. Ressentant des troubles qu'il estima semblables à ceux du paludisme (que le quinquina traite) il en déduisit, après avoir reproduit ces phénomènes avec d'autres substances, que ce qui donne le mal guérit aussi le mal, et formula la "loi" ou "principe" de similitude : "les semblables sont guéris par les semblables".

Hahnemann poursuit ses expériences et, pour éviter que ses tests, avec d'autres produits qui sont fortement toxiques, n'aient de fâcheuses conséquences pour les personnes cobayes, il dilue ces produits, puis redilue le remède obtenu et ainsi de suite plusieurs fois.

Il s'aperçoit alors que ses remèdes ainsi dilués n'agissent plus mais découvre alors un deuxième principe car, si, à chaque étape, on secoue le flacon contenant la dilution, cette dernière est "dynamisée", ce qui est censé accroître ses vertus curatives.

Il publiera des manuels jusqu'à sa mort, en 1843. Ses écrits firent l'objet de nombreuses attaques de L'Académie de médecine. Pourtant, dès la création du concept, les idées se propagent en France, et dans de très nombreux pays.

C'est le conte Sebastien des Guidi (1799-1865), qui sera l'un des premiers propagandistes de cette nouvelle méthode. Après la guerre de 1870, différentes écoles s'opposent : certaines plaident en faveur d'un développement autonome de l'homéopathie, d'autres en faveur d'une intégration à la médecine de l'époque.

En Europe et aux Etats-Unis, l'homéopathie connaît un essor important, jusqu'aux années 1920 où ne sachant rivaliser avec les évolutions scientifiques de l'époque, elle subit une régression considérable. (5)

L'homéopathie repose sur trois caractéristiques:

-le principe de similitude: le symptôme est à combattre par la même substance que celle qui fait apparaître le symptôme en question;

-la loi de l 'infinitésimalité : la substance administrée a été x fois diluée, de telle sorte qu'il n'y aurait plus de molécule identifiable;

-l'amplification du pouvoir de la substance, par dynamisation, à chaque dilution.

3) la « médecine Raspail »

François- Vincent Raspail (1794-1878) autodidacte en politique, en sciences et en médecine, auteur de *« Histoire naturelle de la santé et de la maladie chez les végétaux et chez les animaux en général et en particulier chez l'homme »* en 3 volumes, édités en 1860, ouvrage dans lequel Raspail développe son système de médication hygiénique et curative en l'appliquant à tous les êtres organisés.

Sa théorie est simple : toutes les maladies sont dues à des parasites, et leur traitement repose sur des « régimes hygiéniques » (: propreté, bon sens, bonté, honnêteté…) ainsi que sur l'utilisation du camphre.

Il met en place des consultations médicales gratuites où il peut promouvoir ses « produits Raspail » de fabrication industrielle et d'exploitation commerciale familiale. Au premier rang de ses produits trône le camphre sous toutes les formes (tisane, cigarette, à saupoudrer dans le lit…).

Il se fait l'apôtre d'une médecine véritablement populaire dans laquelle l'automédication est clairement encouragée.

4) <u>la psychanalyse</u>

Sigmund Freud, médecin autrichien, fondateur de la psychanalyse (1856-1939). Freud pense qu'à l'origine des troubles névrotiques se trouvent des désirs oubliés en rapport avec le complexe d'Œdipe et inconciliables avec les autres désirs ou avec la morale.

Ces désirs refoulés continuent à exister dans l'inconscient, mais ne peuvent faire irruption dans la conscience qu'à condition d'être défigurés : en symptômes névrotiques, en rêves, en actes manqués.

C) Les progrès thérapeutiques

La fin XIX ème et le début XX ème siècle voient l'essor de nombreux médicaments de notre époque. En voici quelques exemples :

- L'aspirine est découverte par Felix Hoffman en 1899.
- Le prix Nobel de la médecine en 1909 récompense Paul Ehrlich pour le traitement de la syphilis par la première chimiothérapie, à base d'arsenic.
- En 1921 l'insuline est isolée à Toronto par Frederick Banting.
- Alexander Fleming découvre la pénicilline, premier antibiotique, en 1928.
- Les neuroleptiques révolutionnent la psychiatrie à partir de 1952.

IV Le médicament de nos jours :

A) La Législation : définition du médicament selon le Code de la santé publique :

La notion de médicament est définie en France par l'article L5111-1 du Code de la santé publique (1953) (11) :

« On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques. Sont notamment considérés comme des médicaments les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve. Les produits utilisés pour la désinfection des locaux et pour la prothèse dentaire ne sont pas considérés comme des médicaments.»

Les médicaments regroupent ainsi de nombreux produits allant des tisanes aux hormones, des vitamines aux antibiotiques, des produits de contraste aux antiseptiques…

B) Le développement du médicament :

Rappel succinct des différentes phases de développement d'un médicament.

Les étapes de recherche et développement s'étendent de l'isolement de la molécule jusqu'à la sortie du médicament, sur deux volets essentiels pré-clinique et clinique (les informations qui suivent ont comme source le site des entreprises du médicaments (12)).

a) Les études pré-cliniques :

- La pharmacologie expérimentale. Le nouveau produit existe avec des propriétés physico-chimiques strictement définies. On en dresse sa carte d'identité pour garantir ultérieurement sa reproduction à l'identique. Des essais d'efficacité sont alors réalisés sur des systèmes moléculaires inertes, sur des cellules et cultures de cellules et enfin sur l'animal.

- Le screening qui consiste, à analyser les effets d'une molécule injectée à un animal.

- La toxicologie. Les tests élaborés sur les cellules ou sur l'animal renseignent sur les risques de mutagenèse, de tératologie, de toxicité des organes cibles.

- La pharmacocinétique et le métabolisme du médicament : essais sur l'animal.

b) Les études cliniques chez l'homme :

Ces recherches sont encadrées par une loi, la loi Huriet-Sérusclat, votée en 1998 qui fait suite et qui complète la loi Huriet de 1988 (ayant instauré une protection des individus se prêtant à des recherches biomédicales). Elle énonce l'obligation d'obtenir de tout sujet sollicité son consentement écrit après avoir reçu une information loyale et complète sur la nature des essais (la personne est libre de refuser sa participation ou de se retirer à tout moment de l'essai clinique).

Les essais cliniques sont les essais systématiques d'un médicament chez l'homme (volontaires malades ou sains) afin d'en vérifier les effets et/ou d'identifier tout effet indésirable et/ou d'en étudier l'efficacité et la sécurité d'emploi.

Nous distinguons quatre étapes :

- Les études de Phase I :

Elles se déroulent dans des centres agréés et portent sur un petit nombre de volontaires sains. Elles incluent :

- des études de tolérance avec recherche de la dose maximale tolérée,
- des études de pharmacocinétique (administration, diffusion, métabolisme, excrétion) au cours desquelles sont également mesurés des paramètres pharmacologiques.

- Les études de Phase II :

Elles sont menées sur un petit groupe homogène de patients, avec pour objectif d'étudier l'efficacité du produit et de déterminer la posologie optimale pour les essais de phase III.

Des études d'interactions médicamenteuses et de pharmacocinétique peuvent avoir lieu dès cette phase.

- Les études de Phase III :

Des essais comparatifs sont réalisés sur plusieurs centaines de patients. Le principe de l'essai comparatif repose sur l'attribution aléatoire des traitements et l'utilisation du double-aveugle.

Le traitement en cours d'évaluation est comparé soit à un placebo, soit à un médicament de référence dans l'indication thérapeutique étudiée.

L'efficacité du traitement sera mesurée sur des critères de jugement définis avant le début de l'essai.

A l'issue de la phase III, la détermination de la tolérance et de l'efficacité du produit permettent d'évaluer son rapport bénéfice/risque.

A ce stade, le dossier d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est constitué.

Selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) (13) l'autorisation de mise sur le marché est une *« autorisation nationale ou européenne délivrée à un titulaire responsable de la commercialisation après évaluation de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité d'une spécialité pharmaceutique ».*

Ce document officiel est constitué d'une décision et d'annexes dont le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP), la notice et l'étiquetage. (Art. L.5121-8 du Code de la Santé Publique).

Une AMM est déclarée active quand elle a été octroyée par les autorités compétentes (Afssaps ou Commission européenne) et quand elle n'est ni suspendue, ni retirée, ni abrogée.

Le Service Médical Rendu (SMR), établi par l'Afssaps évalue le produit sur les critères suivants :

- efficacité,
- sécurité,
- caractère préventif,
- symptomatique ou curatif,
- gravité de l'affection,
- intérêt en terme de santé publique.

Le SMR ne compare pas le médicament par rapport aux autres produits mais permet de définir un taux de remboursement. Il s'exprime en différents niveaux : important (taux de remboursement à 65%), modéré (35%), faible (35%) ou absence de SMR.

L'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) est le résultat de la comparaison d'un nouveau médicament aux médicaments de référence dans la même classe thérapeutique. L'Afssaps évalue l'ASMR en 5 niveaux en terme d'amélioration de l'efficacité et/ou du profil d'effets indésirables et/ou de la commodité d'emploi.

- Les études de phase IV :

Ces études sont réalisées après la mise sur le marché du médicament, elles sont réalisées dans les conditions habituelles d'emploi définies par l'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament.

Ces essais permettent d'affiner la connaissance du médicament, de mieux évaluer sa place dans la stratégie thérapeutique de la maladie et parfois d'élargir les indications.

C) La délivrance des médicaments :

Les rappels quant aux règles de prescription éditées par l'Afssaps

1) Prescription usuelle :

L'inscription ou non du médicament à une liste des « substances vénéneuses » conditionne les modalités de délivrance.

- liste I : nécessité d'ordonnance (le plus souvent non renouvelable)
- liste II : nécessité d'ordonnance (renouvelable)
- stupéfiants : nécessité d'ordonnances sécurisées. Limitation à 7, 14 ou 28 jours.
- Médicaments non inscrit sur un liste : possibilité de délivrance sans ordonnance

2) Prescription restreinte et conditions de délivrance :

La prescription restreinte est inscrite dans l'AMM, elle peut concerner plusieurs situations :

a) Médicament réservé à l'usage hospitalier :

Il doit être obligatoirement prescrit et délivré à l'hôpital.

b) Médicament à surveillance particulière :

Pendant toute la durée du traitement, les malades traités par un médicament appartenant à cette catégorie doivent faire l'objet de soins particulier (prises de sang, examens complémentaires, consultations plus fréquentes). Le renouvellement de l'ordonnance est subordonné au respect des règles de surveillance.

c) Médicament à prescription initiale hospitalière :

La première prescription est obligatoirement rédigée dans un établissement public ou privé, mais la délivrance du médicament et des ordonnances de renouvellement peut être réalisée dans n'importe quelle pharmacie.
Pour certains de ces médicaments, il peut y avoir un délai, fixé par l'AMM, à l'issue duquel une nouvelle prescription hospitalière est nécessaire.

d) Médicaments d'exception :

Ils nécessitent une ordonnance particulière « ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d'exception » comportant 4 volets : un pour le patient, deux pour l'assurance maladie (dont un destiné au contrôle médical) et le 4ème destiné au pharmacien.

d) Stupéfiants :

Les stupéfiants doivent être prescrits sur des ordonnances sécurisées. Leur durée de prescription est limitée selon les molécules.
Selon les médicaments la délivrance peut être fractionnée.

e) La prescription réservée :

Dans certains cas, la prescription peut être réservée à certains prescripteurs ayant des qualifications définies : spécialistes ou médecins exerçant dans des services hospitaliers définis. Par exemple, pour instaurer un anti-cholinestérasique face à une maladie d'Alzheimer il est nécessaire d'être ou neurologue, ou psychiatre, ou gériatre, ou bien titulaire de la capacité de gérontologie.
Inversement, les médecins ne sont pas les seuls à pouvoir prescrire, en effet, pour des molécules relevant de leur domaine et de leurs qualifications, les dentistes, les sages femmes et les infirmières ont l'autorisation de prescrire.

f) Autorisation temporaire d'utilisation :

Certains médicaments, qui paraissent indispensables à la prise en charge de maladies graves sans alternative thérapeutique, en milieu hospitalier, peuvent être disponibles à titre provisoire (avant l'AMM) grâce à une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) délivrée par l'Afssaps.
La poursuite de l'évaluation du dossier conduira ultérieurement à l'octroi d'une AMM.

V L'automédication :

Ecrire un chapitre sur l'automédication nous a paru indispensable car les pharmacies familiales et l'automédication sont intimement liées.

La médication familiale est la notion d'automédication appliquée à la cellule familiale. Nous la regroupons dans le terme « automédication », la médication familiale étant l'ensemble des médicaments administrés aux différents membres d'une famille sans avis médical.

L'automédication utilise 3 sources de médicaments :

- les médicaments non remboursables, non prescrits, (disponible ou en vente libre)
- les médicaments remboursables, non prescrits, (disponible ou en vente libre ou dans les pharmacies familiales)
- les médicaments remboursables et prescrits, (ces derniers ne sont donc disponibles en automédication uniquement s'ils sont stockés dans les pharmacies familiales.)

Les médicaments trouvés dans les pharmacies familiales, qu'ils aient été acquis sur ou sans prescription, sont souvent réutilisés sans conseils d'un professionnel de santé : c'est-à-dire, en automédication.

Selon une enquête de Taylor- Sofres réalisée en 2001 (Information et Automédication, N. Auzanneau, N.Mondolini) par téléphone auprès de 954 français, 80% des personnes s'automédiquent.

Ils reçoivent les informations pour 86% par leur médecin, 76% par leur pharmacien, 71% par les notices mais aussi pour 52% par l'entourage.

18% des personnes s'automédiquant, le fond à partir de médicaments sur ordonnance obligatoire.

D'après la réglementation européenne en vigueur : directive 2004/27/CE, art. 71, les médicaments sont soumis à prescription médicale lorsqu'ils :

« -sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisé sans surveillance médicale, ou

-sont utilisés souvent, et dans une très large mesure, dans des conditions anormales d'emploie et que cela risque de mettre en danger directement ou indirectement la santé, ou

-contiennent des substances ou des préparation à base de ces substances, dont il est indispensable d'approfondir l'activité et/ou les effets indésirables, ou

-sont, sauf exception, prescrits par un médecin pour être administrés par voie parentérale. »

Cette directive définit dans l'article 72 les médicaments non soumis à prescription médicale comme *« ceux qui ne répondent pas aux critères énumérés »* précédemment. C'est l'autorité d'enregistrement qui, en délivrant l'autorisation de mise sur le marché décide du statut du médicament.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2000) "l'automédication responsable consiste pour les individus à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées".

L'Organisation Mondiale de la Santé complète la définition du médicament d'automédication en insistant sur la nécessité de l'adaptation de ces spécialités à un usage direct par les patients : les conditionnements et les notices doivent être adaptés :

« Medicinal products for self-medication may for the present purpose be defined as those which do not require a medical prescription and which are produced, distributed and sold primarily with the intention that they will be used by consumers on their own initiative and responsibility, when they consider such a use appropriate. (…) The packaging, pachage size, labelling and product information (package insert, leaflet, directions folder or other accompanying text) will generally be designed and written to ensure appropriate self-medication" (15)

Voici quelques extraits d'un rapport nommé « Avis sur le Médicament » adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, 29 juin 2006 (14).

Il est abordé la notion d'automédication ainsi que sa part financière, nous comprenons que l'assurance maladie aimerait développer cette attitude :

- « Il n'y a pas de définition précise du terme « automédication » mais on comprend en règle générale par médicament d'automédication le produit à prescription médicale facultative (non soumis à prescription médicale), c'est-à-dire les médicaments qui peuvent être achetés directement par le patient auprès de son pharmacien. Ces produits PMF (prescription médicale facultative) sont des produits sans la moindre toxicité, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé. Par ailleurs le produit PMF traitent des symptômes ou des affections bénignes, pour les quels l'absence de recours au médecin ne comporte pas de risque. Enfin, ce sont des produits dont le prix moyen par unité (boite, flacon, etc.) est peu élevé (le prix fabricant hors taxe est en moyenne 2,6 euros pour

une unité de produit à prescription médicale facultative et 9,2 euros pour un produit à prescription médicale obligatoire). »

- « La faiblesse du marché français d'automédication positionne la France au dernier rang des pays Européens. »

- « Si on adopte la définition classique de l'automédication (prescription facultative et non remboursable), ce que les anglo-saxon appellent OTC (over the counter), l'automédication représente en 2005 un peu plus de 9% des unités et moins de 5% du chiffre d'affaire (au prix fabricant hors taxe). Si on élargit l'automédication à tous les produits de prescription médicale facultative (qu'il soient remboursable ou non) alors l'automédication représente 45,4% des unités prescrite et 18,8% du chiffre d'affaire . »

- « L'essentiel des médicaments consommés en France est constitué de produit à prescription médicale obligatoire (55% en volume mais plus de 81% du marché en valeur »

Avec ces extraits nous comprenons qu'en France l'automédication est moins importante que chez nos voisins européens. Voici des chiffres allant dans ce sens, d'une autre source :

L' « association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable » (www.afipa.org) signale qu'en 2005 un Français dépense chaque année 28 euros pour se soigner seul, contre 43 euros pour un Anglais et plus de 60 euros pour un Allemand**.**

Mais, l'automédication va se développer, les pouvoirs publics en ont l'intention, un article est paru dans le quotidien régional *L'Union* le 28 décembre 2006 : « Le gouvernement veut développer l'automédication », article en ligne sur le site du ministre Xavier Bertrand (16). Dans cet article, Monsieur Xavier Bertrand, alors ministre de la santé a déclaré avoir demandé un rapport *« afin de mieux encadrer l'automédication qui est aujourd'hui une réalité puisqu'à peu près 10% des médicaments sont vendus sans ordonnance. »*. Contrairement à nos voisins anglo-saxons, les médicaments d'automédication resteront une exclusivité des pharmacies : M. Bertrand est favorable à *« un meilleur encadrement de cette pratique, en donnant plus d'informations et de conseils aux patients et en passant forcément par le pharmacien »*. Il n'est *« pas question de vendre des médicaments dans les grandes surfaces »*, a-t-il affirmé. Ce développement de l'automédication doit en outre être accompagné, selon M. Bertrand d'*« engagements fermes, clairs et précis de la part des industriels »* sur le contrôle des prix de ces médicaments, qui ont trop souvent tendance *« à exploser ».*

L’automédication, comme nous l’avons vu précédemment, est vieille de plusieurs siècles, et elle n’est pas en voie de tarissement : l’état et les industries pharmaceutiques ont des bénéfices à tirer d’un développement de l’automédication. Mais il est alors nécessaire d’évaluer ses dangers pour pouvoir aboutir à une automédication raisonnée et responsable. L’éducation thérapeutique des patients est donc primordiale.

De tous temps l’homme a cherché à se soigner par lui même. Avec le développement des médicaments et leur stockage facile, chaque foyer français possède sa pharmacie familiale, mais que contient-elle ? Est-elle dangereuse ? Les médecins ont-ils un rôle à jouer ? Nous nous sommes penchés sur ces questions en réalisant une enquête auprès de patients puis auprès de médecins généralistes.

LES ENQUETES

Après une discussion avec un de mes deux maîtres de stage pendant mon stage libéral, le Docteur Hilary, l'idée de faire ma thèse sur la pharmacie familiale a germé doucement. Un an après, avec le Docteur Bismuth nous avons commencé ce travail : dans un premier temps nous avons mis en place un questionnaire pour interroger les patients, dans un second temps nous avons complété cette recherche par un questionnaire auprès de médecins généralistes.

I Objectifs :

L'objectif principal de cette thèse a été de faire un état des lieux des pharmacies familiales.

Nous avons cherché à connaître le contenu, la gestion et l'organisation de la pharmacie familiale par l'intermédiaire des patients eux même.

Nous avons également voulu évaluer la dangerosité des stocks de médicaments à domicile (portée des enfants, périmés, médicaments dangereux…), ainsi que leurs avantages (antalgiques, pansements pour petite traumatologie...).

Ensuite, nous avons été curieux de connaître la position des médecins généralistes face aux pharmacies de leurs patients. Pour cela, nous avons réalisé une enquête pour connaître l'investissement des prescripteurs, en consultations et en visites, sur leurs ordonnances et dans leurs conseils.

Nous avons profité de cette enquête pour évaluer la fréquence des surdosages, des mauvaises utilisations de médicaments ayant amené les patients à consulter.

II Méthodologie :

A) Questionnaire patient :

a) Méthode :

Nous avons profité de mon stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), qui permet un contact privilégié avec les patients, pour réaliser l'enquête « patient ».

A la fin de chacune de mes consultations du 2 janvier à 30 avril 2006 j'ai proposé cette enquête aux patients, ou aux parents accompagnateurs si les patients étaient des enfants.

Le recueil de données, s'est fait au sein 3 cabinets regroupant 11 médecins généralistes en zone d'exercice semi-rurale, dans la périphérie de Toulouse. Sur ces 11 médecins, 5 sont maîtres de stage.

Nous avons procédé de la façon suivante : je posais les questions et remplissais le questionnaire par soucis de rapidité tout en restant le plus neutre possible.

Le questionnaire de l'enquête patient est en annexe 1.

C'est un questionnaire de type déclaratif composé de 27 items regroupés en trois parties :

- la première pour situer le foyer : âge et sexe de la personne qui répond, nombre de personnes (enfants, adultes, seniors) au foyer, présence de traitement au long cours, qui gère la pharmacie et où est elle située ?

- la deuxième partie étudie le contenu : dans un premier temps tout le nécessaire à pansement et dans un second temps les médicaments.

- pour finir quelques questions sur le devenir des médicaments, et la fréquence de rangement.

Nous avions le désir, par cet entretien en fin de consultation, de montrer aux patients l'importance que nous attachions à cette pharmacie à domicile.

Sur 248 consultations un seul refus nous a été opposé, le patient m'a donné comme raisons qu'il manquait de temps et qu'il ne se sentait pas concerné car il ne gérait pas la pharmacie.

244 questionnaires ont été interprétables sur 247 questionnaires remplis.

b) Les biais :

Nous avions réfléchi à l'idée d'aller aux domiciles des patients pour dresser une liste exhaustive des médicaments en stocks, mais plusieurs freins nous ont fait abandonné cette méthode :

- nous considérions ce geste comme trop inquisiteur,

- il existait également des biais : les personnes acceptant cette démarche ne sont pas forcément représentatives de la population générale,

- les personnes au courant ne feraient-elles pas un tri rapide de leur pharmacie ?

Notre état des lieux n'est donc basé que sur les réponses des patients : celles-ci dépendent de leur mémoire et de leur honnêteté : ce sont des données déclaratives, ceci constitue donc un biais.

Nous avions opté pour un questionnaire bref accompagné d'un tableau, tableau à remplir au domicile par le patient et à nous rapporter. Il était demandé au patient de lister ses médicaments, leur quantité et leur date de péremption.

Ce tableau a été abandonné devant le peu de retours, nous nous sommes contenté du questionnaire, nos données sont donc moins exhaustives.

Lorsque j'accumulais du retard dans mes consultations, je prenais la décision de ne pas proposer le questionnaire par soucis d'économie de temps. Le questionnaire n'a donc pas été proposé à tous les patients vus en consultation.

Ce questionnaire a été proposé à une population de patients issus de clientèle de 11 médecins, cette population n'est donc pas homogène.

Les patients acceptant d'être vus en consultation par une interne en médecin générale ne sont pas représentatifs de la patientèle du médecin installé.

B) Questionnaire médecin :

a) La méthode :

Nous avons décidé d'enrichir notre recueil de données et donc de connaître les points de vue de médecins généralistes après avoir recueilli les déclarations des patients.

Nous avons choisi le département de la Haute-Garonne où nous exerçons et où habitent les patients interrogés.

Dans un but d'efficacité statistique, le questionnaire a été envoyé à 10% des médecins généralistes de ce département (dans l'annuaire des pages jaunes, un médecin généraliste sur dix a été retenu soit 116).

Les médecins à orientation acupuncture et homéopathique n'ont pas été retenus, nous nous sommes fixé sur les médecins allopathes.

Une enveloppe timbrée pour le retour a été jointe pour améliorer le taux de participation.

Le questionnaire comporte 30 items. Il est présenté en annexe 2.

- Les premières question situent le médecin (âge, sexe, mode d'exercice, durée d'exercice).

- Les suivantes évaluent les idées que se font les médecins des pharmacies de leurs patients.

- Ensuite, sont abordés les trois principaux dangers des pharmacies (intoxications pédiatriques, tentatives d'autolyse, automédications inadaptées).

- Enfin, les médecins sont interrogés sur leurs implications dans les prescriptions et les conseils face à ces médicaments stockés.

Nous avons reçu 54 questionnaires, c'est-à-dire un taux de réponses de 47%. 52 questionnaires ont été exploitables (un des questionnaires était mal rempli et un autre a été reçu un mois après la date limite. A noter également, une confusion dans un envoi, dans une enveloppe timbrée à mon nom j'ai reçu un coupon réponse destiné à un laboratoire pharmaceutique qui organisait une soirée formation!

b) Les biais :

Les médecins qui prennent le temps de répondre sont peut être déjà plus sensibilisés sur ce sujet.

L'étude porte sur le département de la Haute Garonne, département le plus urbanisé de la région midi-pyrénées.

III Résultats de l'enquête auprès des patients :

244 questionnaires « patients » ont été exploitables.
Ils s'intéressaient :

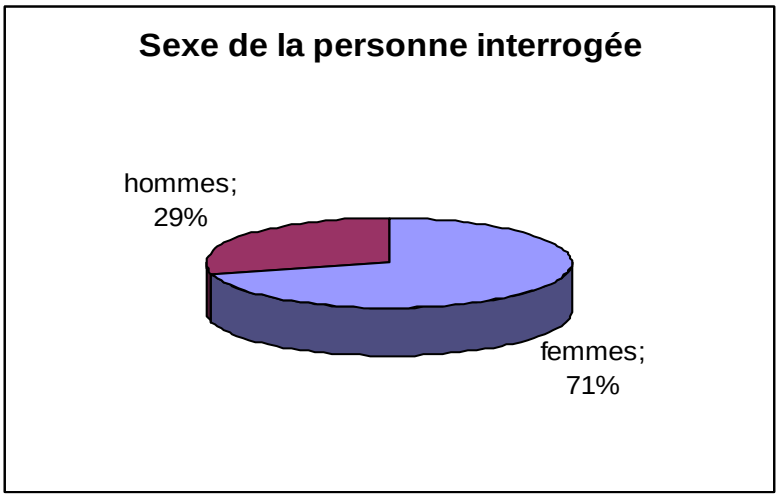
A) à la description des personnes interrogées
B) au contenant des pharmacies familiales
C) au contenu des pharmacies familiales
D) à la gestion des pharmacies familiales

A) Description des personnes interrogées :

a) Le sexe :

- 71% des personnes interrogées sont des femmes.

- 29% sont des hommes.



b) L'âge :

- La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 40,7 ans, (la médiane est de 38,5) pour une population âgées de 16 à 86 ans.

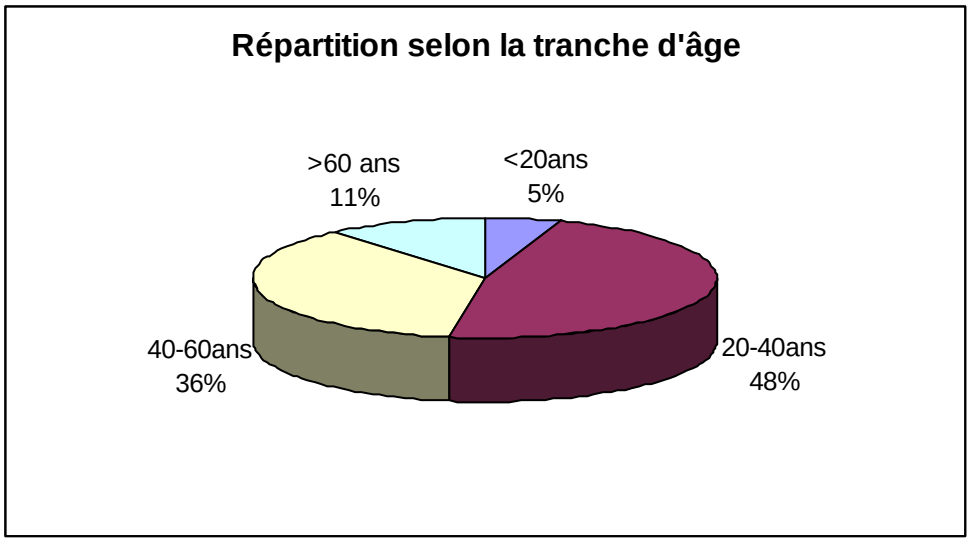
Nous avons regroupé les patients par tranche de 20 ans pour étudier leur répartition.

- Les moins de 20 ans représentent **5%** de la population interrogée. (Nous rappelons que lorsque des enfants de moins de 16 ans consultaient, c'est aux parents que le questionnaire était posé.)

- La tranche d'âge de 20 à 40 ans représente **48%** des personnes interrogées,

- Celle de 40 et 60 ans : **36%**

- Les plus de 60 ans représente **11%** des personnes interrogées



c) Les enfants :

Nous avons étudié la répartition des foyers selon le nombre d'enfants. En remplissant le questionnaire, les enfants ont été considérés comme tels jusqu'à 18 ans (âge de leur majorité), au-delà, ils étaient comptabilisés comme des adultes

- Dans **41%** des foyers, il n'existe pas ou plus d'enfants. Ces 41% regroupent donc les familles avec enfants adultes, les couples sans enfants et les personnes vivant seules.

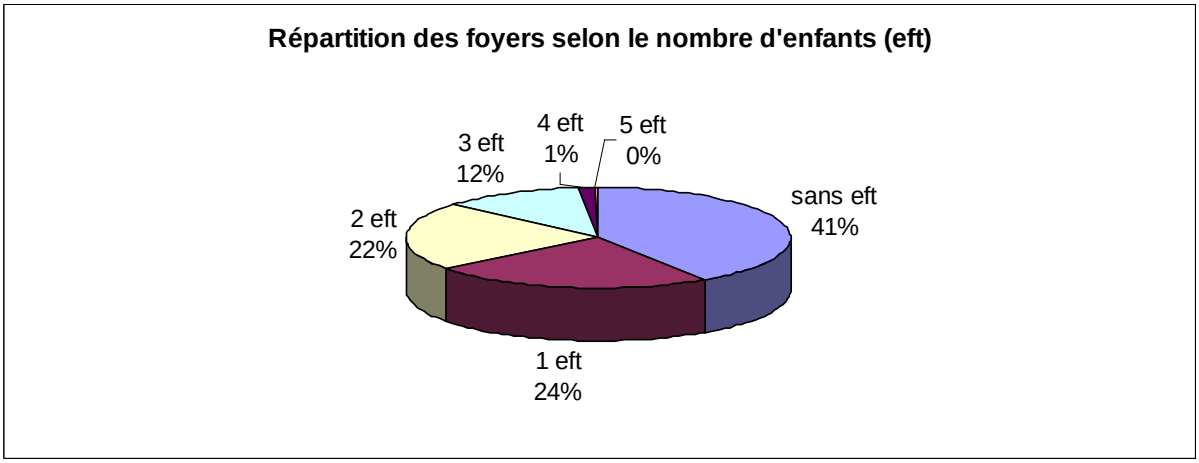
- Dans **24%** des foyers étudiés il existe un enfant.

- Dans **22%** des foyers, 2 enfants vivent au foyer.

- Dans **12%** des foyers, il existe une fratrie de 3 enfants.

- Dans **1%** des foyers, 4 enfants y habitent.

- Dans **0,4%,** c'est-à-dire dans un foyer, il existe 5 enfants.



d) Les traitements de fond :

34,4% des personnes interrogées (c'est-à-dire 84 patients) suivent un traitement au long cours.

Voici le détail de ces traitements au long cours :

- 26 patients ont déclaré avoir un **anti-hypertenseur**.

- 23 personnes sont traitées pour **hypothyroidie**.

- 12 personnes ont un **hypo-cholesterolémiant.**

- 12 patients ont un traitement au long cours par **psychotropes**.

- 10 personnes ont ou des **antalgiques** ou des **anti-migraineux**.

- 7 personnes suivent un traitement par **anti-vitamines K** (AVK) ou **anti-aggrégants plaquettaires.**

- 7 personnes prennent des **veinotoniques**.

- 7 patients sont sous **protecteurs gastriques**.

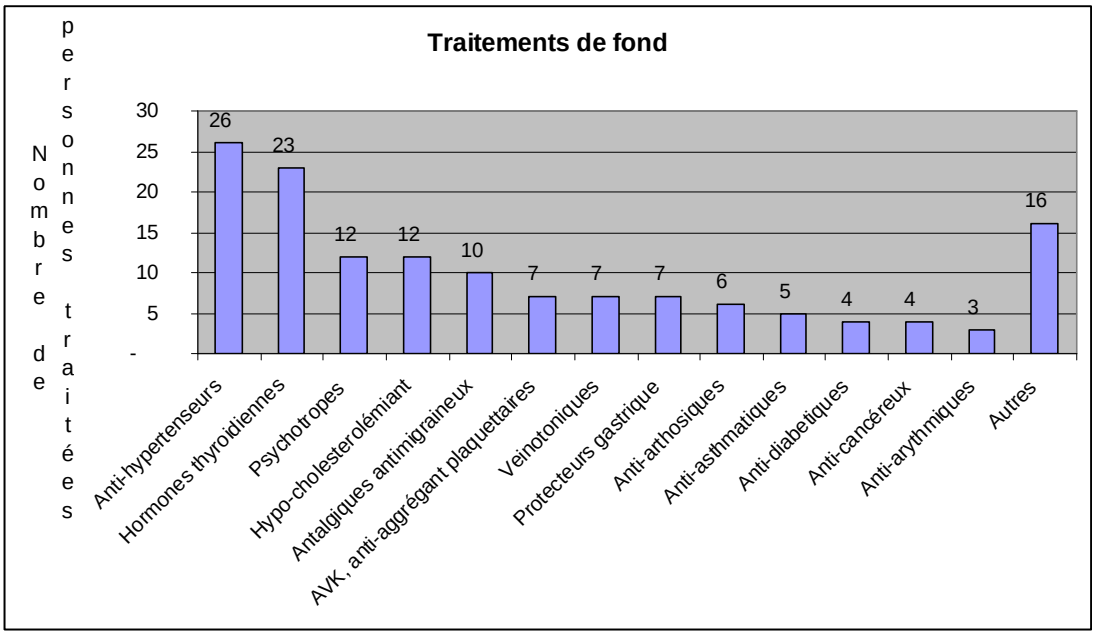
- 5 patients prennent des thérapeutiques contre l'**asthme**.

- 5 patients ont des **chondroprotecteurs**.

- 4 personnes suivent un traitement contre le **diabète**.

- 4 patients prennent des **anti-cancéreux**.

- 3 patients sont sous **anti-arythmiques**.



B) Contenant des pharmacies familiales :

a) Emplacement :

- **49%** des lieux de rangement sont dans la salle de bain.

- Dans **17%** des réponses, c'est dans la cuisine que la pharmacie est rangée.

- Dans **9%** des cas, la pharmacie est rangée dans le cellier.

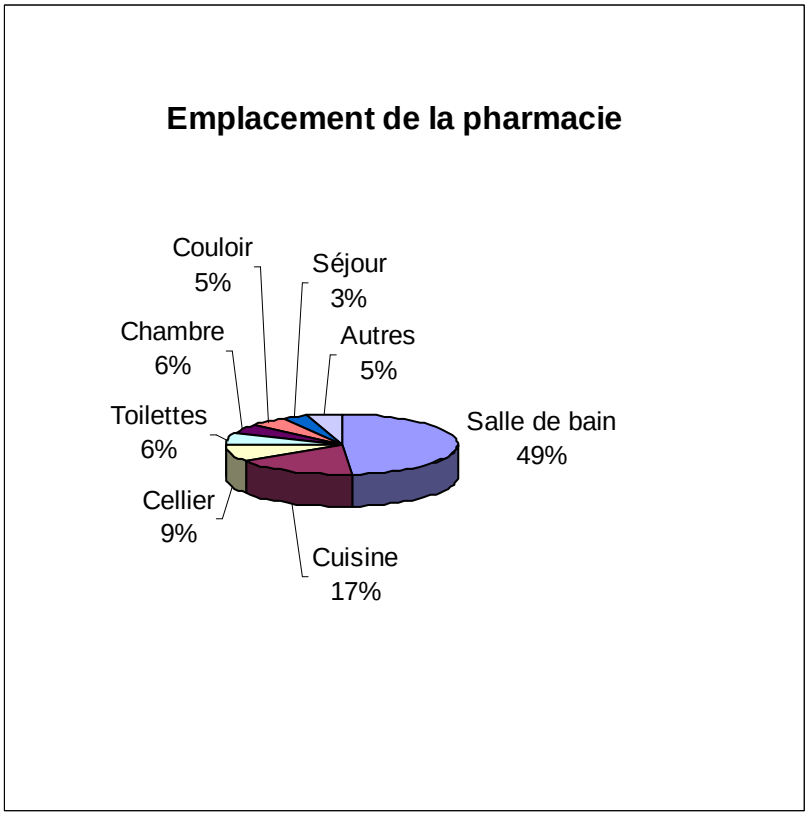
- **6%** des lieux de rangement sont les toilettes.

- Dans **6%** des cas la chambre est le lieu de rangement de la pharmacie.

- Dans **5%** des cas, la pharmacie est dans le couloir.

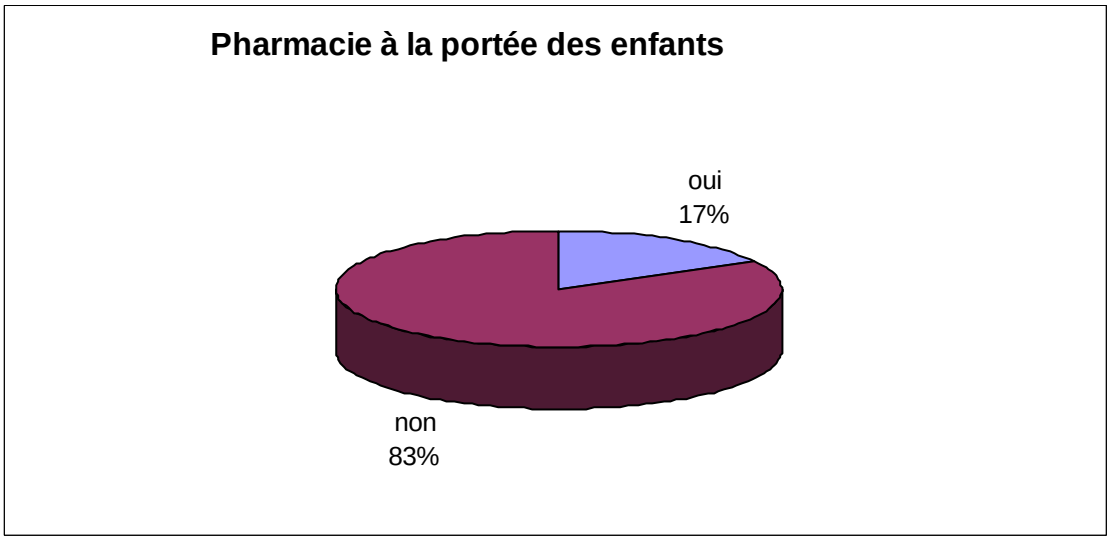
- Dans **3%** des cas, le séjour est la pièce accueillant la pharmacie.

Dans 10% des cas les patients déclarent plusieurs endroits du logement.



b) Portée des enfants :

Dans cette enquête, 17% des personnes questionnées avouent que la pharmacie est à portée de petits enfants, que ce soit les leurs ou des enfants qui pourraient venir à leur domicile.



C) Contenu des pharmacies familiales :

a) Les antiseptiques :

97% des personnes déclarent avoir un antiseptique.

- L'alcool est présent dans **38%** des foyers, il représente le quart des antiseptiques déclarés.

- Le nom de l'antiseptique est inconnu et est présenté en spray dans **26%** des foyers.

- La Bétadine® et les spécialités à base de chlorexidine ont été cités, chacune, par **23%** des personnes interrogées.

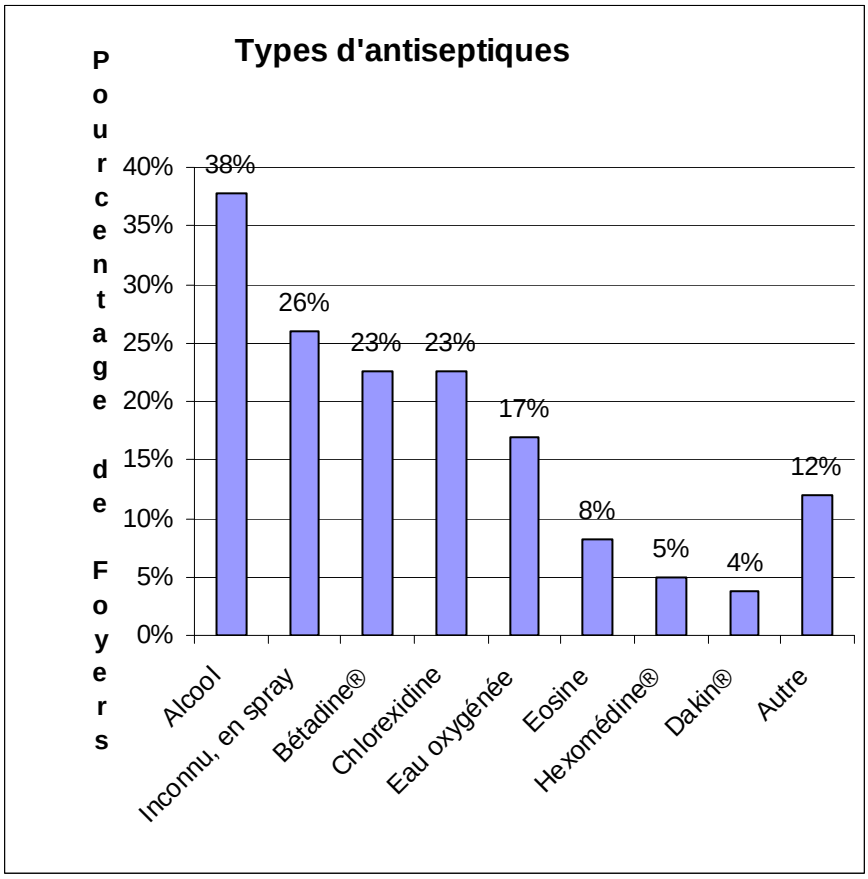
- L'eau oxygénée a été citée par **17%** des personnes.

- L'Eosine® a été déclarée par **8%.**

- L'Hexomédine® est présente dans **5%** des foyers.

- Le Dakin® a été cité par **4%** des personnes.

52% des personnes ayant répondu à cette enquête citent plusieurs antiseptiques.



Ces antiseptiques sont entamés dans 91% des cas.

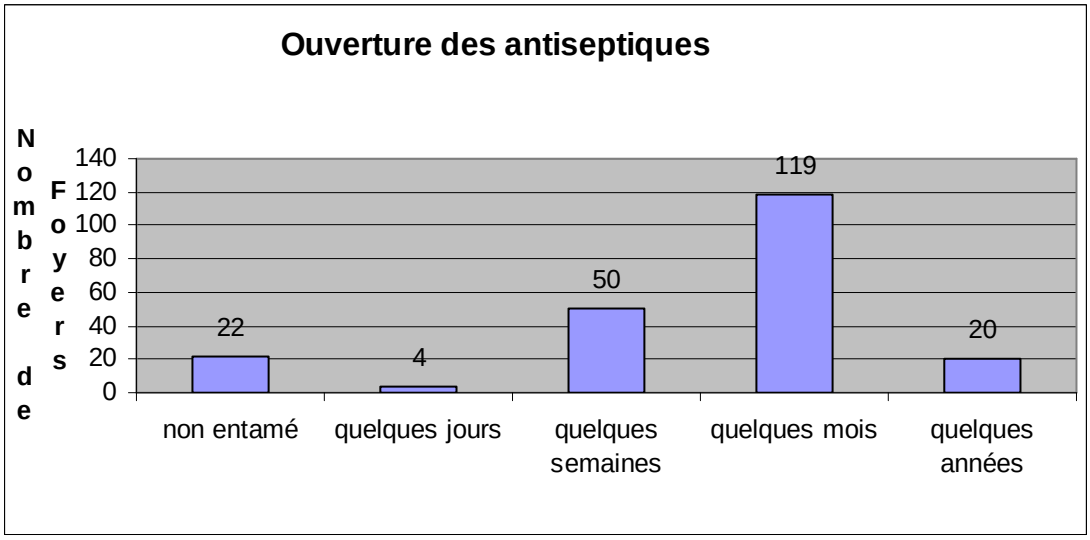
- **9%** des antiseptiques sont ouverts depuis plusieurs années

- **55%** des flacons sont entamés depuis plusieurs mois.

- Les antiseptiques sont ouverts depuis plusieurs semaines dans **23%** des cas.

- Dans **2%** des cas, ils ne sont entamés que depuis quelques jours.

- **10%** des antiseptiques ne sont pas entamés.



b) Pansements, compresses et coton :

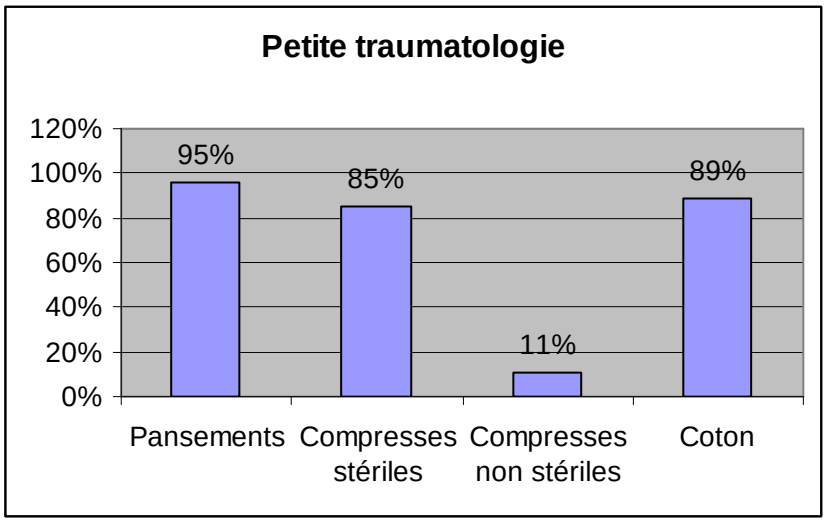
- **95%** des personnes interrogées déclarent posséder des pansements.

- **85%** des personnes ont des compresses stériles, **11%** en ont des non stériles.

- **89%** des foyers possèdent du coton.

Par contre 11,3% des personnes interrogées n'ont pas de compresses qu'elles soient stériles ou pas et 2,5% n'ont ni compresses ni pansements.

Tous les patients interrogés ont déclaré avoir, ou des compresses, ou du coton.



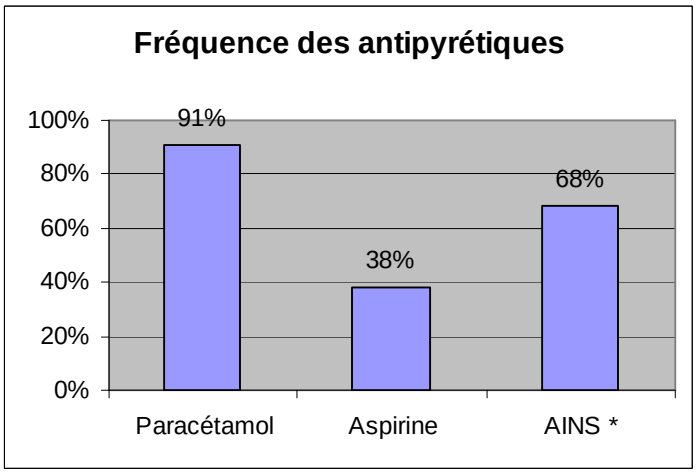
c) Les médicaments :

Les antalgiques et anti-pyrétiques :

- le paracétamol est présent dans **91%** des pharmacies.

- l'aspirine dans **38%**

- les anti-inflammatoires à visée antipyrétique type ibuprofène sont présents dans **68%** des pharmacies.



*AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les médicaments de premiers recours (autre que les antipyrétiques : traitements symptomatiques des viroses communes : digestives et o.r.l. (oto-rhino-laryngologique)) :

- **20 %** des personnes déclarent ne pas avoir de médicament de premier recours.

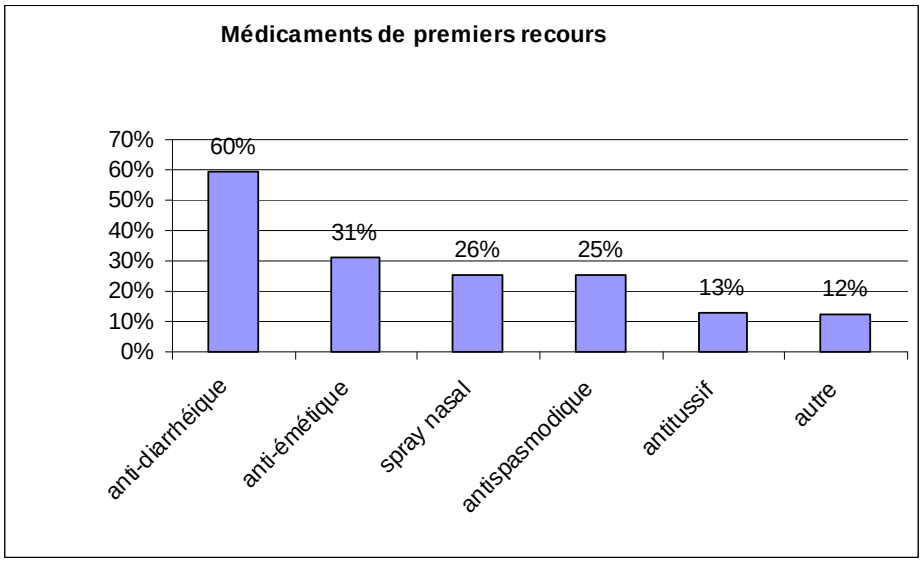
- **60%** ont des médicaments à visée anti-diarrhéiques, 145 foyers parmi les 243 étudiés en possèdent.

- **31%** des foyers ont des anti-émétiques.

- **26%** des personnes déclarent posséder un spray nasal.

- **25%** des foyers ont des médicaments de la classe des antispasmodiques.

- **13%** ont des antitussifs.



Les crèmes topiques :

90% des personnes interrogées déclarent avoir une ou des crèmes topiques, médicamenteuses.

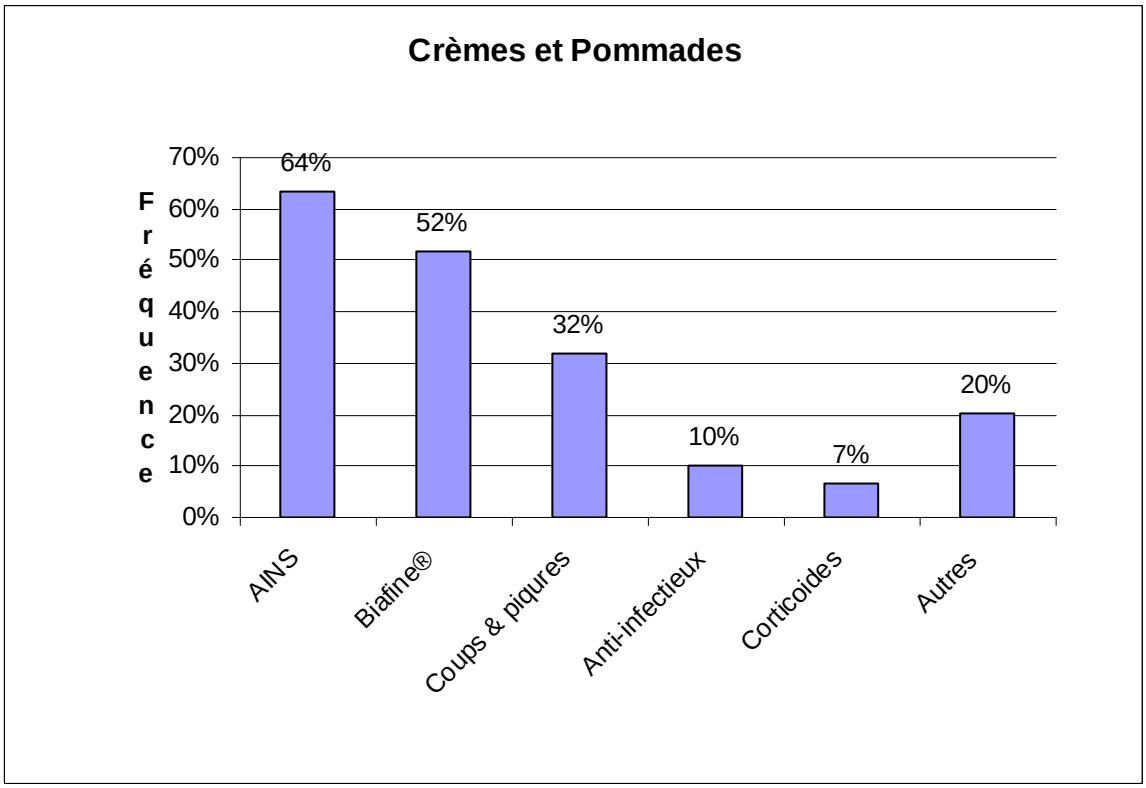
- 64% des foyers possèdent des **Anti-inflammatoires non stéroïdiens** (AINS) percutanés.

- 52% des foyers ont de la **Biafine**® (crème prescrite en cas de brûlure, très connue du grand public : nous avons donc gardé son nom commercial).

- 32% des personnes déclarent avoir des crèmes diverses **contre les coup et piqûres**.

- 10% des foyers étudiés ont des pommades contenant des **anti-infectieux**.

- 7% des personnes déclarent avoir des crèmes ou pommades à base de **corticoïdes**.



AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

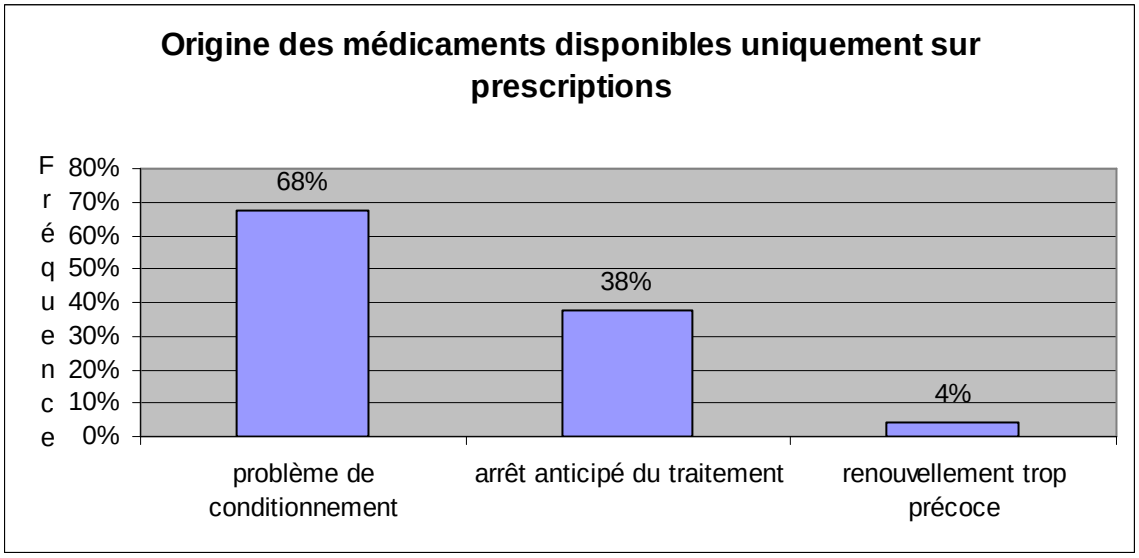
Médicaments sur prescriptions :

67% des personnes ont déclarés stocker dans leur pharmacie des médicaments disponibles uniquement sur prescriptions.

- Dans **68%** des cas les personnes mettent cela sur le compte des boîtes contenant trop de médicaments.

- Dans **38%** des cas elles avouent que c'est suite à un arrêt anticipé du traitement.

- **4%** des patients relient le stock de médicaments sur prescriptions à un renouvellement du médicament trop précoce.



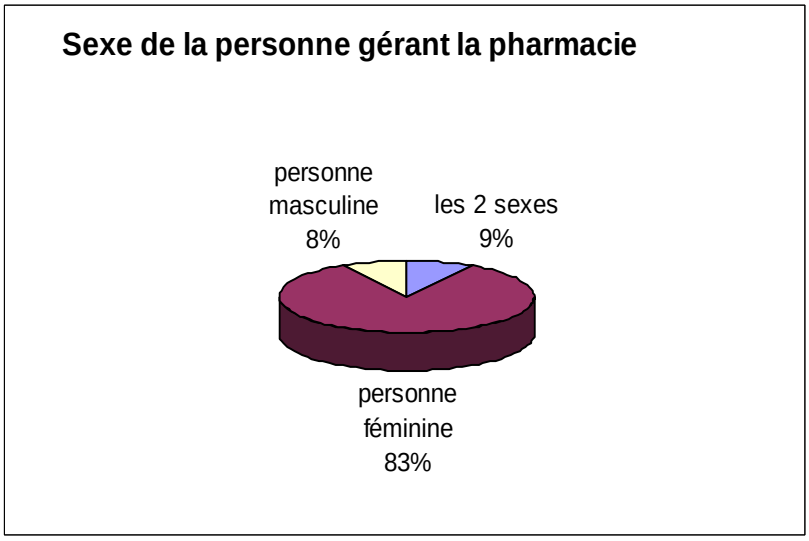
D) Gestion des pharmacies familiales :

a) Par qui ?

- Dans **83%** des cas c'est à une personne de sexe féminin que revient la tâche de gérer la pharmacie.

- Dans **8%** des cas, c'est un homme qui gère le stock de médicaments

- Dans **9%** des cas, plusieurs personnes, de sexe différent, gèrent la pharmacie.



b) Quelle fréquence de tri ?

95% des personnes interrogées déclarent vérifier la date de péremption des médicaments. Le tri serait fait, en moyenne, 2,5 fois par an.

- Le tri de la pharmacie se fait plus de 4 fois par an dans **10%** des cas.

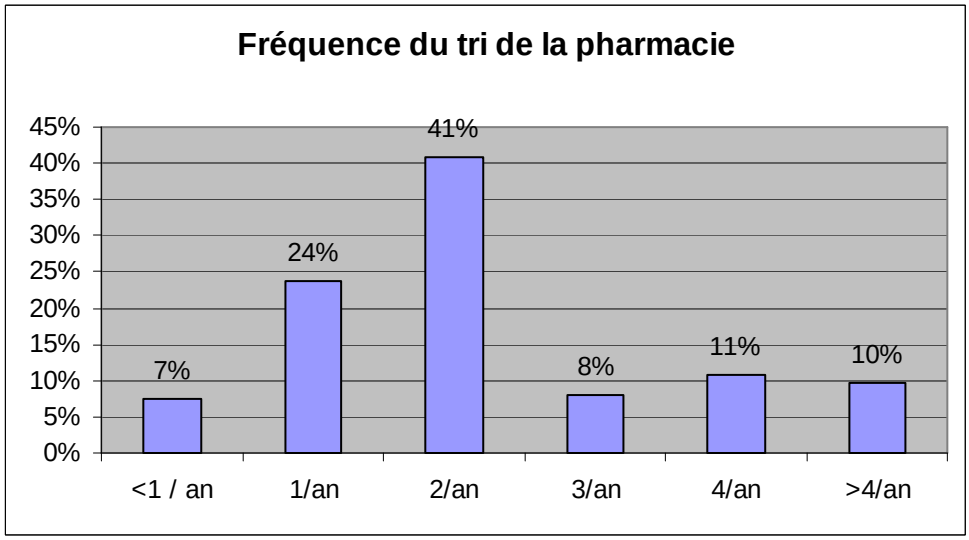
- Le tri de la pharmacie est trimestriel pour **11%** des personnes interrogées.

- La pharmacie serait triée 3 fois par an dans **8%** des réponses.

- Le tri serait fait 2 fois par an dans **41%.**

- Il est déclaré fait 1 fois par an dans **24%** des cas.

- La pharmacie est triée moins d'une fois par an ou jamais dans **7%** des foyers.



c) Quel devenir pour les médicaments ?

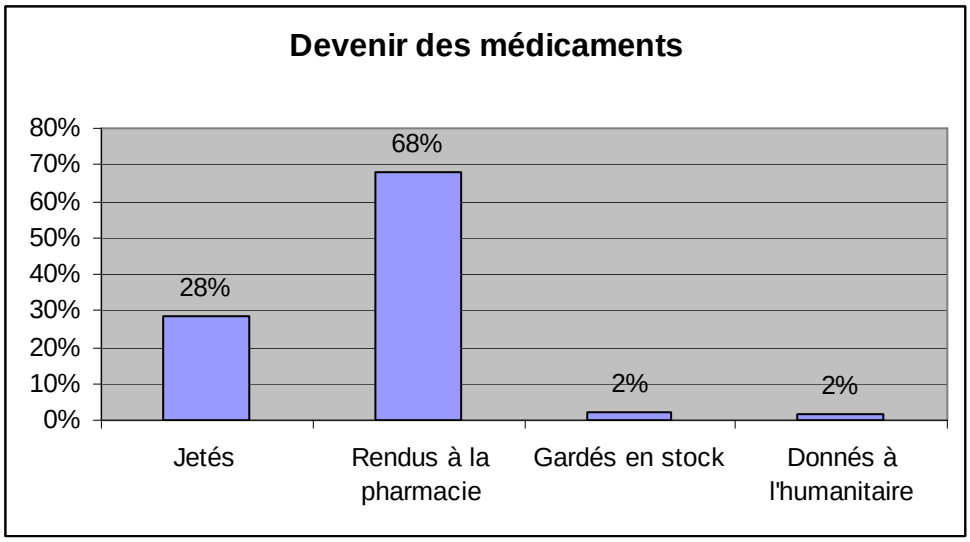
24 % des personnes interrogées pensent avoir des médicaments périmés au jour de l'enquête.

- **68%** déclarent rapporter leurs médicaments à la pharmacie. 5 personnes ont affronté un refus de la pharmacie à reprendre leur médicaments, 3 d'entre eux les jettent à la poubelle depuis. Un autre patient a arrêté de les rendre au pharmacien depuis la polémique sur certains abus.

- **28%** des personnes jettent leurs médicaments.

- **2%** des personnes stockent leurs médicaments.

- **2%** des personnes les donnent à des associations humanitaires.



IV Synthèse des résultats de l'enquête auprès des patients :

Nous rappelons que ces résultats sont basés sur l'exploitation de 244 questionnaires.

A) Description des personnes interrogées :

a) Le sexe des personnes étudiées et de celles gérant la pharmacie :

70,9% des personnes interrogées en fin de consultation sont des femmes (les consultants ou les accompagnateurs des enfants de moins de 16 ans).

Dans 82,7% des cas c'est une personne de sexe féminin qui gère la pharmacie.

La personne qui répond au questionnaire est celle, ou une de celles, qui se charge de gérer la pharmacie dans 84% (74,6% c'est la personne interrogée seule, dans 9,4% ils sont plusieurs à gérer la pharmacie).

b) L'âge :

La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 40,7ans, (la médiane est de 38,5). Les âges s'étalent de 16 à 86 ans.

Nous avons regroupé les personnes étudiées par tranches d'âge de 20 ans pour plus de visibilité et de practicité :

- La tranche d'âge de 20 à 40 ans est la plus représentée : 48% des personnes interrogées,
- suivie par celles entre 40 et 60 ans : 36%.
- Les plus de 60 ans ne représente que 11% des personnes interrogées

c) Les enfants :

Dans près de 6 foyers sur 10 (59,4% pour être exact) vit au moins un enfant.

d) Les traitements de fond :

Parmi les 34,4% des personnes interrogées qui suivent un traitement au long cours, les antihypertenseurs sont les médicaments les plus fréquents (19% des traitements chroniques).

Les traitements substituts de l'hypothyroïdie suivent de près avec 16%.

En troisième position, nous retrouvons, ex aequo, les psychotropes et les hypo-cholesterolémiants (8% chacun).

B) Contenant des pharmacies familiales :

La localisation dominante est la salle de bain, pièce de rangement dans près de la moitié des foyers (49%). La cuisine suit de loin, avec 17% des cas. En dehors de ces 2 pièces, les autres représentent toutes moins de 10% des réponses.

Dans 10% des cas les médicaments sont rangés dans plusieurs endroits du logement.

Dans cette enquête, 17% des personnes questionnées avouent que la pharmacie est à portée de petits enfants.

C) Contenu des pharmacies familiales :

a) Les antiseptiques :

52% des personnes ayant répondu à cette enquête citent plusieurs antiseptiques.

97% des personnes déclarent avoir un antiseptique, l'alcool arrive en tête (il représente le quart des antiseptiques déclarés, il est présent dans un foyer sur trois), mais dans de nombreux cas le nom de l'antiseptique est inconnu (17%)

Ces antiseptiques sont entamés dans 91% des cas, et parmi eux 62% le sont depuis plusieurs mois et 10% depuis plusieurs années.

b) Pansements, compresses, coton :

Tous les patients interrogés ont déclaré avoir, ou des compresses, ou du coton.

95% des personnes interrogées déclarent posséder des pansements adhésifs, par contre 11% n'ont pas de compresses, qu'elles soient stériles ou pas.

c) Les médicaments :

- Les antalgiques, anti-pyrétiques :

Le paracétamol est retrouvé dans 9 pharmacies sur 10, il est l'antipyrétique le plus largement représenté avant les anti-inflammatoires à visée antipyrétique type ibuprofène qui sont présents dans 68% des pharmacies. L'aspirine est retrouvée dans 38% des pharmacies.

- Les médicaments de premiers recours (autre que les antipyrétiques ; traitement symptomatiques des viroses digestives et o.r.l.) :

20 % des personnes déclarent ne pas stocker de médicament de premier recours.

60% des personnes ont des médicaments à visée anti-diarrhéiques et 31% des médicaments anti-émétiques.

- Les crèmes topiques :

90% des personnes interrogées déclarent avoir une ou plusieurs crèmes topiques, largement représentées par les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (70%) suivis par la pommade utilisée en cas de brûlures : la Biafine® (57%).

Dans 10% des foyers sont stockés des anti-infectieux per-cutanés, et dans 7% des foyers des corticoïdes en crème ou pommade.

- Médicaments sur prescriptions :

Il existe des médicaments sur prescriptions en stock dans 67% des foyers.

Dans 68% des cas les personnes relient cela à un problème de conditionnement, et dans 38% des cas elles avouent que c'est suite à une mauvaise observance.

4% des patients relient le stock de médicaments sur prescriptions à un renouvellement du médicament trop précoce.

D) Gestion des pharmacies familiales :

C'est la femme qui gère la pharmacie familiale dans la grande majorité des cas : 83%. Dans les autres cas c'est soit l'homme (8%) soit le couple (9%) qui s'occupent de la gestion des stocks de médicaments.

95% des personnes interrogées déclarent vérifier la date de péremption des médicaments, mais de façon variable : 24 % pensent avoir des médicaments périmés au jour de l'enquête.

Près de 7 pharmacies sur 10 (69%) sont rangées de façon bisannuelle ou plus fréquemment encore. Par contre, 7% des pharmacies sont triées moins d'une fois par an.

68% des personnes interrogées déclarent rapporter leurs médicaments à la pharmacie.

V Résultats de l'enquête auprès des médecins généralistes :

52 questionnaires « médecins » ont été exploitables.
Ils s'intéressaient :

A) à la description des médecins ayant répondu au questionnaire
B) au contenu des pharmacies familiales selon les médecins
C) à l'origine des médicaments des pharmacies familiales
D) à la prise en compte des médicaments de la pharmacie familiale pour les prescriptions
E) aux dangers des pharmacies familiales
F) au rôle du médecin

A) Description des médecins :

1) L'âge :

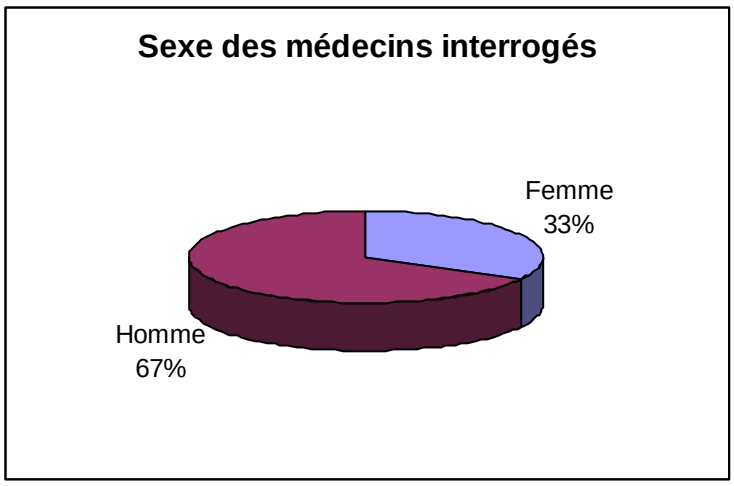
Ils ont en moyenne 48 ans. La médiane est située à 49 ans et demi, pour une population âgée de 32 ans à 60 ans.

2) Durée d'installation :

Ils sont installés depuis 18 ans en moyenne.
Les durées d'installation varient de 2 à 33 ans.

3) Le sexe :

33% des médecins ayant répondu à ce questionnaire sont des femmes.

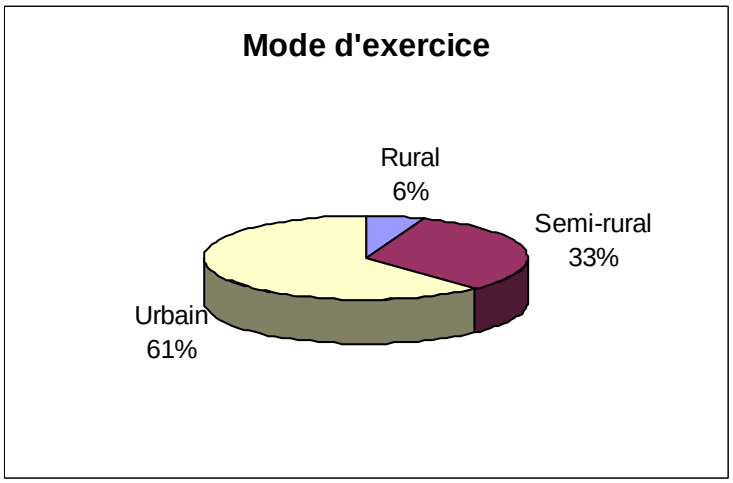


4) Mode d'exercice :

- **61%** des médecins exercent en zone urbaine.

- **33%** exercent en zone semi rurale.

- **6%** exercent en zone rurale.

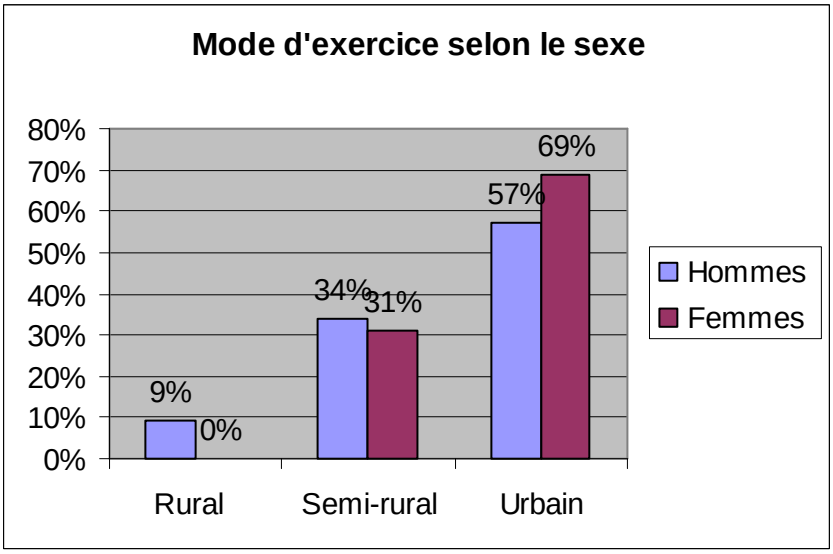


Nous avons voulu étudier le sexe du médecin selon son mode d'exercice :

- **9%** des hommes exercent en zone rurale, aucune femme.

- **34%** des hommes et **31%** des femmes exercent en zone semi rurale.

- **69%** des femmes contre **57%** des hommes ont un exercice urbain.



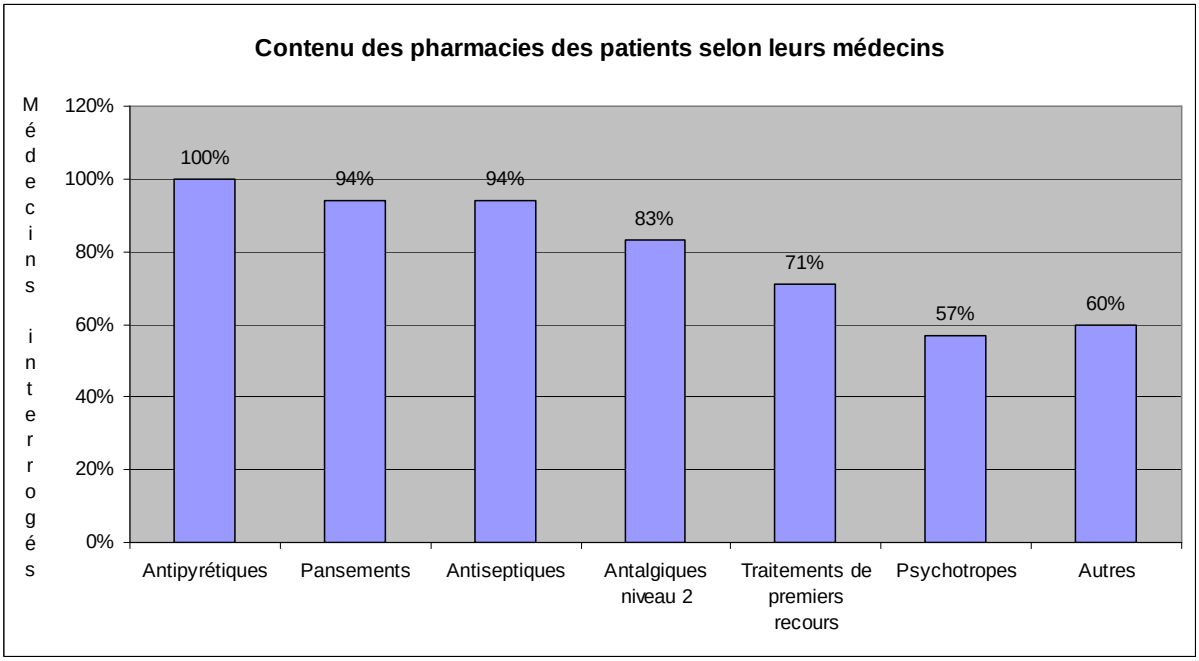
B) Contenu des pharmacies familiales selon les médecins :

- **100%** des médecins affirment que leurs patients ont des antipyrétiques.

- **94%** pensent que leurs patients possèdent des pansements et des antiseptiques.

- **71%** qu'ils ont des traitements pour traiter les viroses communes.

- Quant aux médicaments sur prescriptions uniquement : **83%** jugent qu'il existe, dans la pharmacie familiale de leurs patients, des antalgiques de niveau 2 et pour **57%** des médecins**,** des psychotropes.



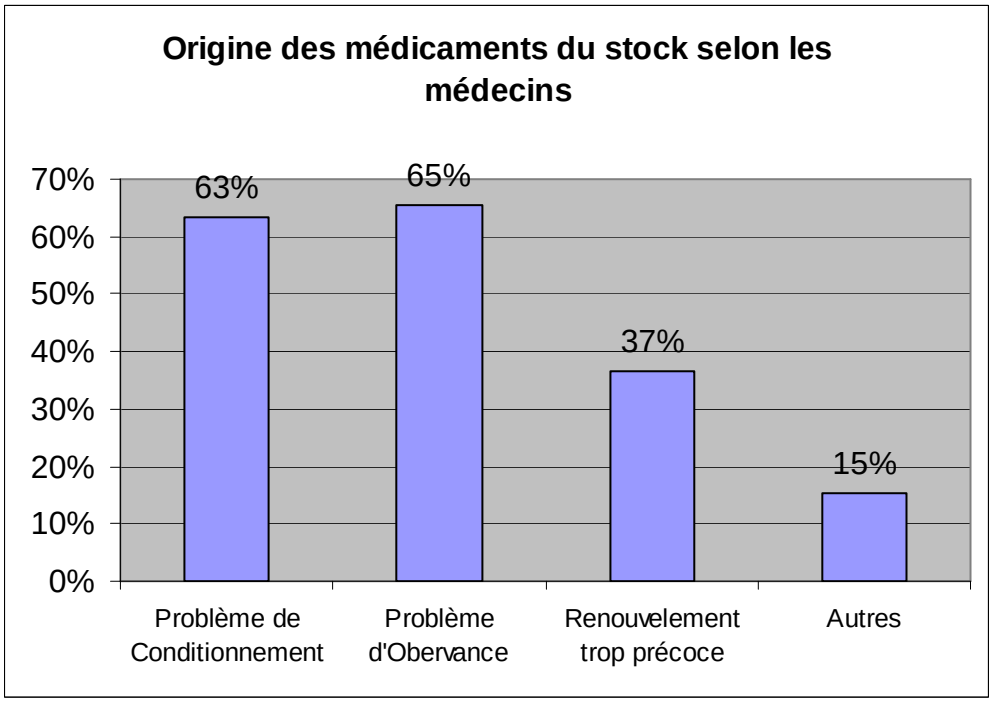
C) Origine des médicaments des pharmacies familiales selon les médecins généralistes interrogés :

Plusieurs réponses étaient possibles.

- Pour **65%** des médecins les médicaments des pharmacies font suite à un problème d'observance.

- Pour **63%** des médecins interrogés, il existe un problème de conditionnement à l'origine du stock.

- **37%** pensent que ce stock est constitué par des traitements renouvelés trop tôt.



En réponses libres nous avons eu :

- *« volonté de faire un stock »,*
- *« peur de manquer »,*
- *« ça peut toujours servir »*
- mais aussi qu'*« il était normal de posséder des médicaments »*
- que c'était *« l'automédication pour petits problèmes de santé »,*
- également que cela pouvait faire suite à un arrêt de traitement symptomatique à la disparition des symptômes, ou à l'arrêt suite à des effets indésirables, ou une inefficacité.

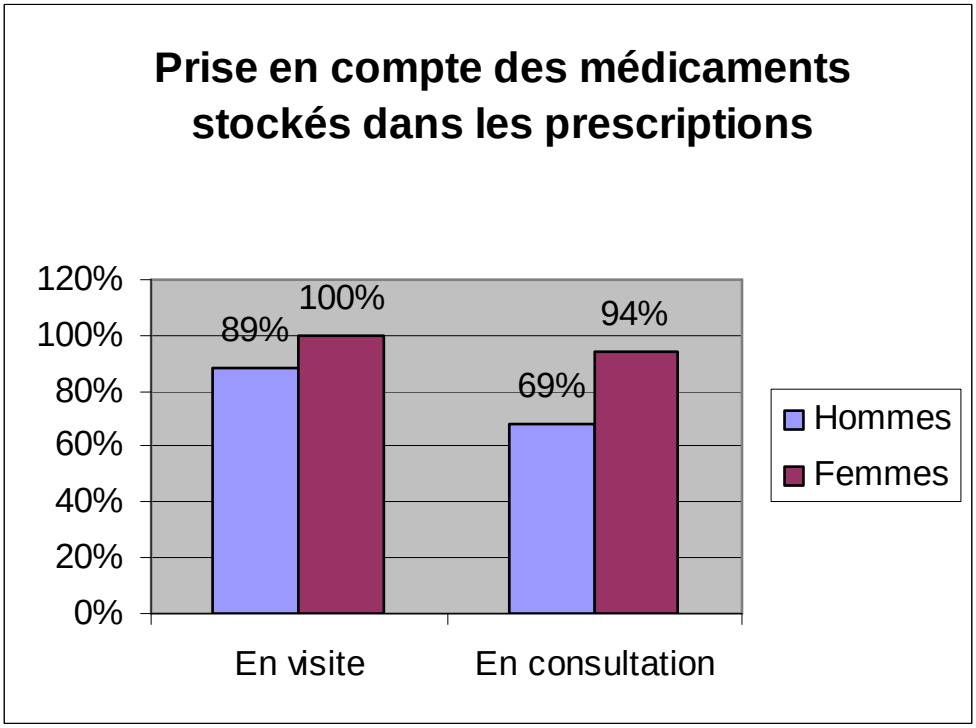
Un médecin a répondu que, selon lui, les stocks étaient favorisés par des prescripteurs multiples ainsi que par l'existence de copies de médicaments.

D) Prise en compte des médicaments de la pharmacie familiale pour les prescriptions :

- **92%** des médecins interrogés (100% des femmes et 89% des hommes) déclarent prendre en compte les médicaments en possession par les patients en **visite**.

- Cette proportion est de **75%** (94% des femmes, 69% des hommes) en **consultation.**

(Nous n'avons pas fait préciser aux médecins comment ils prenaient en compte ces stocks dans leurs prescriptions.)



E) Dangers des pharmacies familiales :

Nous avons demandé aux médecins s'ils avaient déjà été confrontés à trois des dangers les plus fréquents des pharmacies familiales :

- intoxication d'enfant (qu'elle soit secondaire à une prise de médicaments par l'enfant ou bien qu'elle fasse suite à une erreur de posologie des parents),

- tentative d'autolyse,

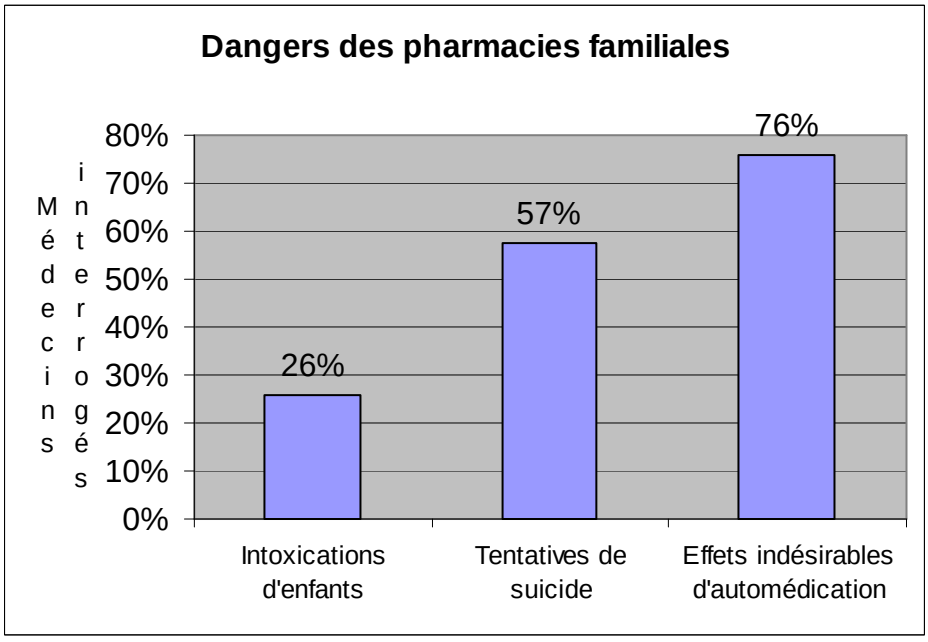
- mauvaise automédication.

Et s'il tel était le cas, à quelle fréquence ?

- **26%** des médecins ont déjà eu des intoxications d'enfants.

- **57%** des médecins interrogés ont été face à des patients ayant fait une tentative d'autolyse médicamenteuse.

- **76%** ont dû gérer des problèmes de santé liés à une automédication.



En ce qui concerne les fréquences en données quantitatives, hélas, elles ne sont pas souvent précisées par les médecins interrogés. Ces derniers renseignent sur la fréquence plutôt par des adjectifs qualitatifs « innombrables » « régulièrement », « nombreuses » « multiples », et ces derniers ont été notés pour les effets indésirables de l'automédication.

Les données quantitatives, lorsqu'elles sont notées, sont très variables d'une personne à une autre :

- pour les intoxications d'enfants : de 1 tous les 10 ans à 3,5 par an ;

- de une tentative d'autolyse en 30 ans d'installation à 7,5 par ans ;

- pour les effets indésirables des automédications de 1 en 18 ans d'installation à 120 par an…

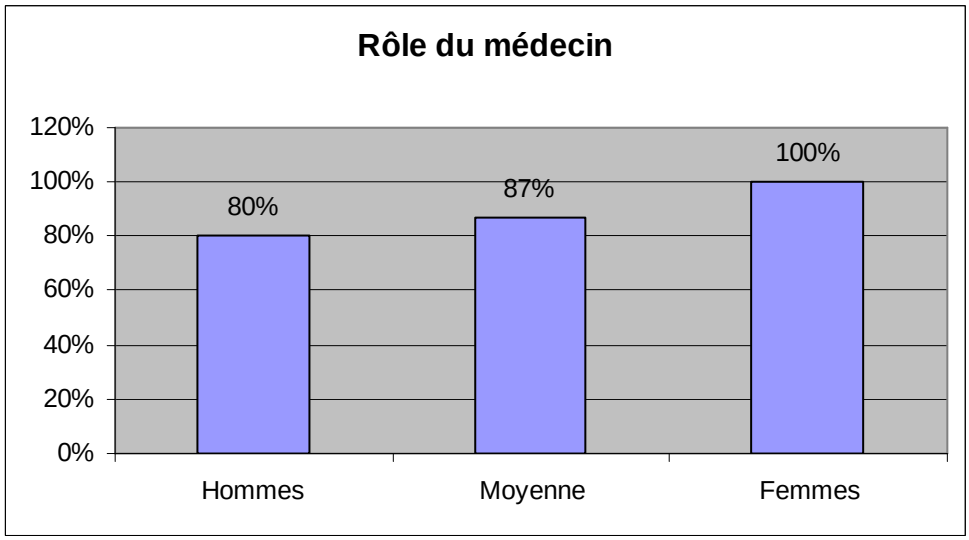
Nous n'avons pas assez de données concernant chacun des médecins pour essayer de comprendre ces disparités, nous ne nous attarderons donc pas plus sur les fréquences de ces trois dangers.

F) Rôle du médecin :

87% des médecins interrogés, tout sexe confondu, considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans la gestion des pharmacies de leurs patients.

- **100%** des médecins femmes pensent avoir un rôle,

- **80%** des médecins hommes se sentent investi d'une responsabilité face aux pharmacies familiales.



Dans notre questionnaire nous avons proposé une liste de rôles que pourrait avoir le médecin généraliste, les voici classés dans l'ordre des préférences des médecins interrogés :

- 1er : « conseiller sur l'automédication »
- 2ème : « dire de ne pas stocker certains médicaments (antibiotiques, psychotropes…) »
- 3ème : « donner l'inventaire d'une pharmacie familiale »
- 4ème : « conseiller sur l'utilisation d'antiseptiques »
- 5ème : « conseiller sur l'emplacement et la fermeture à clef de la pharmacie familiale »
- 6ème : « conseiller sur la conservation des médicaments »
- 7ème : « vérifier la pharmacie familiale au décours des visites. »

VI Synthèse des résultats de l'enquête auprès des médecins :

A) Description des médecins :

Ils ont en moyenne 48 ans et sont installés depuis 18 ans.

33% des médecins ayant répondus à ce questionnaire sont des femmes.

Ils exercent majoritairement en zone urbaine (61%), 33% exercent en zone semi rurale et 6% (et exclusivement des hommes) en zone rurale.

B) Contenu des pharmacies familiales selon leurs médecins :

83% des médecins pensent qu'il existe, dans la pharmacie familiale de leurs patients, des antalgiques de niveau 2, et pour 57% des médecins, que des psychotropes y sont présents.

Les antipyrétiques sont la classe thérapeutique la plus représentée dans les pharmacies familiales selon les médecins interrogés.

94% pensent que leurs patients possèdent de quoi parer de petites plaies.

71% qu'ils ont des traitements pour traiter les viroses communes.

C) Origine des médicaments des pharmacies familiales selon les médecins généralistes interrogés :

Pour 65% des médecins les médicaments des pharmacies font suite à un problème d'observance.

Pour 63% il existe un problème de conditionnement à l'origine du stock.

37% pensent que ce stock est constitué par des traitements renouvelés trop tôt.

D) Prise en compte des médicaments de la pharmacie familiale au moment des prescriptions :

100% des médecins femmes et 89% des médecins hommes déclarent prendre en compte les pharmacies familiales de leurs patients en visite ; cette proportion baisse en consultation : 94% des femmes, 69% des hommes, soit 3 médecins sur 4 en moyenne.

E) Dangers des pharmacies familiales :

76% soit 3 médecins sur 4 disent avoir déjà eu à gérer des effets secondaires d'automédications inadaptées, et 57% ont été confrontés à des tentatives d'autolyses médicamenteuses.

26% soit un médecin sur 4 a connu des intoxications pédiatriques.

F) Rôle du médecin :

100% des femmes et 80% des hommes (87% en moyenne) considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans la gestion des pharmacies de leurs patients, et dans ce rôle, les 3 missions qu'ils jugent principales sont :

- Le conseil sur l'automédication
- L'information sur le stockage de certains médicaments comme les antibiotiques, les psychotropes…
- L'information sur l'inventaire de la pharmacie familiale.

VII Analyse des questionnaires « patients » :

A) Descriptions des patients interrogés :

a) Le sexe des personnes étudiées et de celles gérant la pharmacie :

1) Le sexe des personnes étudiées :

Dans notre enquête il existe une nette prédominance de réponses féminines (71%), ce résultat est du même ordre dans la thèse de Tronel-Peyroz (17) où le taux de réponses féminines est de 74% (différence non significative, écart réduit = 1,07<1,96).

Nous avons deux explications à donner face à cette prédominance féminine :

- d'abord, lorsqu'un enfant consultait, le questionnaire était posé à l'accompagnant qui souvent était sa mère,

- ensuite, il a été démontré que les femmes consultaient plus souvent que les hommes : selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (19), les femmes ont consulté un médecin généraliste 5,6 fois en moyenne au cours de l'année 2005 contre 4,4 pour les hommes. Ces différences sont significatives quels que soient l'âge et la catégorie sociale.

Consultation année 2005	Femmes	Hommes	Ensemble
d'un médecin généraliste	91,2%	86,0%	88,7%

Source : Insee, Enquêtes permanentes sur les conditions de vie 2003 et 2005.(20)

2) Le sexe des personnes gérant la pharmacie :

Nos résultats retrouvent une nette prédominance des personnes féminines en tant que responsable des pharmacies familiales (83%).

Dans la thèse de S. Lavau (18), la personne du foyer qui est responsable du stock est la femme dans 77% des cas. (La différence est significative, écart réduit = 2,23> 1,96).

Dans 8.2% des cas c'est un homme qui gère la pharmacie, et dans 8.6% des cas des personnes des 2 sexes s'en occupent.

La gestion de la pharmacie est considérée comme une tâche ménagère. Peut être qu'avec l'accroissement du travail des femmes et la masculinisation, encore modérée, des tâches ménagères, la gestion de la pharmacie va se généraliser aux 2 sexes.

Cependant l'évolution entre la thèse de S. Lavau (18) (1998) (18) et nos résultats ne va pas en ce sens.

b) L'âge :

La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 40, 7ans, (la médiane est de 38,5). Les âges s'étalent de 16 à 86 ans.

Nous avons regroupé les personnes étudiées par tranches d'âge de 20 ans pour plus de visibilité et de praticité :

La tranche d'âge de 20 à 40 ans est la plus représentée : 48% des personnes interrogées, suivie par celles entre 40 et 60 ans : 36%. Les plus de 60 ans ne représente que 11% des personnes interrogées.

L'INSEE dans une étude de la population française métropolitaine par tranche d'âges en 2006 (19) retrouve un découpage différent : les moins de 20 ans représentent 24,77% de la population française, les 20 à 60 ans : 54,3% et les plus de 60 ans : 20,9%.

La population étudiée dans notre étude n'est pas représentative de la population française. Nous retrouvons moins de jeunes de moins de 20 ans puisqu'ils n'étaient pas interrogés, ainsi que moins de seniors.

Notre population est moins riche en seniors car ils sont en général vus en consultation pour des renouvellements de traitement au long cours, les rendez vous peuvent être pris en avance et donc plus facilement avec leur médecin traitant. En tant qu'interne je voyais plus les petites urgences, des patients qui ne pouvaient attendre la disponibilité de leur médecin.

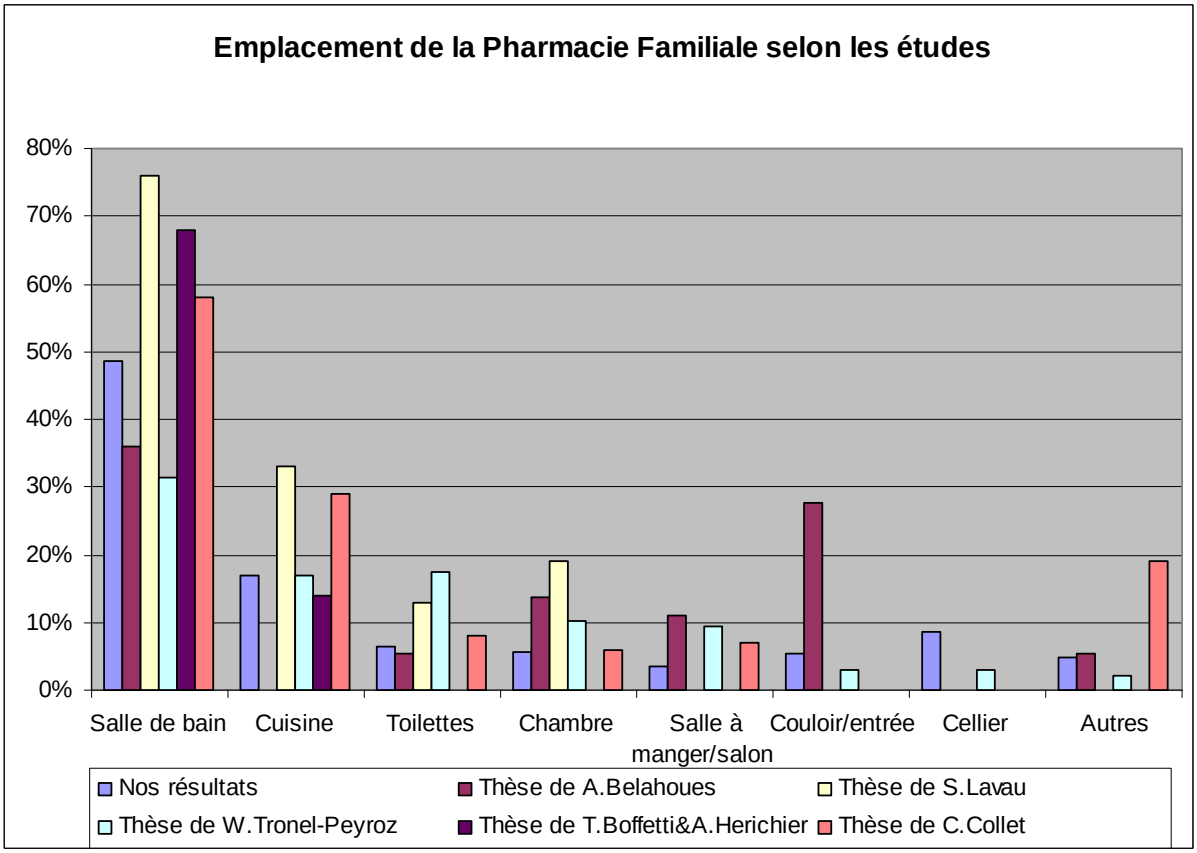
B) Contenant des pharmacies familiales :

a) L'emplacement :

Selon les résultats de 5 thèses de médecine (de Tronel-Peyroz (17), Lavau (18), Belhaoues (21), Boffetti&Hericher (22) et Collet (23)), l'emplacement de la pharmacie familiale est majoritairement dans la salle de bain suivie de près par la cuisine.

Les résultats de la thèse de A. Belhaoues (21), réalisée dans des quartiers populaires d'Amiens retrouve comme deuxième emplacement l'entrée mais il n'a pas inclus dans son enquête les traitements en cours.

Pour la thèse de T.Boffetti et A.Hericher (22) seuls les deux premiers localisations sont chiffrées (salle de bain : 68%, cuisine : 14%), ensuite suivent par ordre les toilettes, placards et salon, de fréquence inconnue.



Dans notre enquête, la localisation dominante est la salle de bain, pièce de rangement dans près de la moitié des foyers (49%). La cuisine suit de loin, avec 17% des cas. En dehors de ces 2 pièces, les autres (cellier, toilettes, chambre, couloir, séjour) représentent toutes moins de 10% des réponses.

La salle de bain n'est pourtant pas l'emplacement optimal face à ses températures pouvant être hautes et à son hygrométrie également trop souvent élevée, facteurs néfastes à une bonne conservation des médicaments.

La chambre des parents peut être un bon emplacement à conseiller : meilleures conditions hygrométriques et calorifiques ainsi qu'un accès peut être moins évident pour les enfants et les adolescents.

Les médicaments sont souvent stockés à plusieurs endroits différents, notre enquête retrouve plusieurs endroits dans 10% des cas.

- Selon la thèse de S.Lavau (18) : dans un peu moins de la moitié des cas il est noté plusieurs emplacements et dans 13% des cas plus de 3 lieux de rangement.

- Selon la recherche de W.Tronel-Peyroz (17) il existe plusieurs endroits de rangements dans 6% des cas.

Il semblerait que la réalité soit plus près des résultats de S.Lavau (18) qui s'est déplacé pour étudier 93 pharmacies à domicile. W.Tronel-Peyroz (17) s'est d'abord appuyé sur 158 questionnaires faits au cabinet puis sur la visite au domicile de 33 pharmacies.

Il est en effet fort probable qu'à la question « dans quelle pièce est situé votre pharmacie familiale ? » les personnes pensent à la localisation principale et pas aux médicaments laissés dans la cuisine pour le traitement en cours, à la pilule contraceptive sur la table de nuit...D'autant plus que la question était formulée au singulier !

b) La sécurité :

Dans notre enquête, 17% des personnes questionnées avouent que la pharmacie est à portée de petits enfants, mais nous sommes restés larges sur la question en demandant simplement si la pharmacie était à portée des enfants en bas âge. Il revenait à celui qui répondait de juger si elle l'était ou pas. Nous n'avons pas demandé explicitement si la pharmacie était située en hauteur, et/ou si elle était fermée à clef.

La pharmacie est à portée des enfants dans 12% des cas selon les résultats de la thèse de A.Belhaoues (21), ce qui se rapproche un peu de nos résultats (17%) (Comparaison statistique difficile car pourcentage trop bas).

Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux de C.Collet (23) et de S.Lavau (18) qui ont toutes deux compté les pharmacies non fermées à clefs, et non situées en hauteur : 37% pour C.Collet (23) et 35% pour S.Lavau (18). La pharmacie est fermée à clefs dans un petit nombre de cas : 13,9% des cas dans l'étude de W.Tronel-Peyroz (17) et 9% dans celle de C.Collet (23).

Nos résultats bien plus optimistes que ceux des thèses de C.Collet (23), de S.Lavau (18) et de W.Tronel-Peyroz (17) pourraient être expliqués par une gène à avouer pendant le questionnaire que leur pharmacie était à la portée des petits enfants. Problème lié au caractère déclaratif du questionnaire.

Les médicaments sont en cause dans la moitié des intoxications des enfants de 1 à 4 ans (23) d'où l'importance de sensibiliser les foyers face à la fermeture à clefs des pharmacies, à leur position en hauteur et à l'importance de centraliser tous les médicaments.

Nos résultats montrent donc un accès possible dans 17% des cas, avec un léger écart dans les sous population seniors : 15% et dans la sous population de foyers avec enfants : 19% (résultats probablement sous estimés, cf. explications ci dessus). Ce qui peut être inquiétant lorsque nous confrontons ces résultats à ceux de l'enquête médecin où 26% des médecins déclarent avoir eu à gérer des intoxications chez des enfants. Et selon la thèse de L.Rousseau (25) : 78% des médecins de son enquête ont déjà été confrontés à des problèmes de stockage et parmi eux 67,5% à une ou plusieurs intoxications accidentelles chez l'enfant.

C) Contenu des pharmacies familiales :

a) Les antiseptiques :

97% des personnes déclarent avoir un antiseptique, l'alcool (quel que soit sont degré) arrive en tête (il représente le quart des antiseptiques déclarés, il est présent dans un foyer sur trois).

8% des personnes interrogées ont déclaré l'éosine comme antiseptique, et pourtant ce médicament ne devrait pas être utilisé comme antiseptique, tout au plus comme asséchant compte tenu de ses faibles pouvoirs bactéricide, virucide, fongicide.

Dans notre enquête les antiseptiques sont entamés dans 91% des cas, et parmi eux 62% le sont depuis plusieurs mois et 10% depuis plusieurs années.

Et pourtant il est connu que le risque de contamination des antiseptiques est important : *« le problème de la contamination des solutions antiseptiques est universel et a été soulevé par de nombreuses équipes en France, comme à l'étranger »* (26).

Certes les contaminations sont moins importantes qu'en milieu hospitalier, mais les risques sont à prendre au sérieux et il est important de les minimiser, voici quelques conseils de la revue Prescrire (26) :

- *« Ne pas déconditionner et/ou reconditionner les antiseptiques »,*

- *« noter la date d'ouverture des flacons »,*

- *« limiter la gamme d'antiseptiques utilisés »*.

Et ce dernier conseil devrait être promu également : 52% des personnes ayant répondu à notre enquête citent plusieurs antiseptiques, et pourtant cela multiplie les risques. Les effets de deux antiseptiques utilisés sur une même plaie peuvent s'annuler, les flacons restent entamés plus longtemps, ils encombrent la pharmacie.

b) Pansements, compresses, coton :

94% des médecins que nous avons interrogés pensent que leurs patients ont des pansements et des antipyrétiques. En effet, dans notre enquête « patients » 100% des personnes interrogées possèdent ou compresses ou coton et 95% de ces personnes déclarent posséder des pansements adhésifs.

Par contre, dans la thèse de S.Lavau (18) les résultats sont légèrement différents : 6% ne possèdent ni sparadrap, ni coton, ni pansement. Peut être nos résultats auraient été différents si nous avions utilisé un autre mode de questionnaire.

Un minimum de compresses devrait pourtant être systématique pour parer des dermabrasions sans gravité ou bien pour protéger une plaie avant de consulter.

Dans nos résultats 11% des personnes n'ont pas de compresses, mais ont du coton, alors que les compresses sont préférables, qu'elles soient stériles ou pas, pour éviter le dépôt de fibres sur les plaies.

c) Les médicaments :

Les anti-pyrétiques :

Dans nos résultats, le paracétamol est retrouvé dans 91% des pharmacies. A.Belhaoues (21) retrouve un chiffre équivalent dans son enquête : 96% des familles ont un antipyrétique.

Le paracétamol est l'antipyrétique de choix, il se place loin devant l'ibuprofène : 68% et l'aspirine : 38%.

C.Collet (23) retrouve une proportion moindre de foyers en possession de paracétamol : 78,3% (différence significative). Alors, est ce que les patients que nous avons interrogés pensent en avoir et en fait n'en ont plus ? Ou peut être est ce en fonction des médecins traitants ? La question se pose de la fiabilité de la réponse déclarative qui peut expliquer cette différence. Les habitudes de prescriptions des médecins traitants sont à prendre en compte également.

Les médicaments de premiers recours (autre que les antipyrétiques ; traitement symptomatiques des viroses digestives et o.r.l.) :

20 % des personnes que nous avons interrogées déclarent ne pas stocker de médicament de premier recours. Parmi les 80% foyers restants, 76% ont des médicaments à visée anti-diarrhéiques, 40% ont des médicaments anti-émétiques et 25% ont des anti-spasmodiques.

Dans nos résultats il existe une proportion importante de médicaments de gastro-entérologie dans les pharmacies et cela est retrouvé dans plusieurs thèses.

Ils représentent :

- 18% des stocks de médicaments selon A. Belhaoues (21),
- 17% selon S.Lavau (18),
- 17% également selon Boffetti et Hericher (22).

C'est l'une des spécialités les plus représentées dans les pharmacies familiales, elle arrive en première position avant les antalgiques-antipyrétiques selon Boffeti et Hericher (22) (16%), et S.Lavau (18) (14%).

Ces chiffres montrent que les patients ont souvent des traitements symptomatiques pour les infections à type de gastro-entérite aigue (GEA). Les adultes en bonne santé doivent-ils consulter dès les premiers symptômes de GEA?

Il est nécessaire d'insister sur la réhydratation avant tout. Une bonne hydratation, à base de solutés de réhydratation pour les enfants en bas âge, pourrait même être suffisante. (27)

Et les traitements symptomatiques antiémétiques et anti-diarrhéiques ne sont pas tous dénués d'effets indésirables (effets indésirables des neuroleptiques pour certains antiémétiques, colectasie pour les ralentisseurs du transit…)

Sur les 80% des foyers en possession de médicaments symptomatiques pour les viroses, 33% contiendraient des vasoconstricteurs nasaux, et 17% des anti-tussifs.

A. Belhaoues (21) a regroupé ORL et Pneumo : les médicaments issus de ces spécialités arrivent en tête avec 21% suivis par les antalgiques-antipyrétiques (18%).

Ce sont des spécialités à manier avec prudence : les patients reconnaissent-ils les toux grasses des toux sèches ? Les vasoconstricteurs nasaux ne sont-ils pas trop banalisés ? Les hypertendus et coronariens connaissent-ils leurs précautions d'emploi ? Il existe là de véritables dangers.

Les crèmes topiques :

90% des personnes interrogées déclarent avoir une ou des pommades largement représentées par les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (70%) suivis par la Biafine® (57%).

En effet, les traitements en crème et pommade sont largement présents dans les pharmacies mais également souvent périmés, comme l'ont noté Bofetti et Hericher (22).

Les médicaments par voie locale (ORL, percutané, collyre) sont présents dans 42% des pharmacies étudiées par A.Belhaoues (21).

70% des personnes interrogées dans notre enquête ont répondu avoir des AINS percutanés, mais connaissent-ils tous les précautions d'emploi de ces pommades ? Les AINS locaux ont malgré tout un passage plasmatique, ils sont contre-indiqués chez les femmes enceintes de plus de 6 mois, certains sont photo-sensibilisants, et cela 2 semaines encore après l'application !

Les corticoïdes per-cutanés également peuvent être dangereux s'ils sont appliqués, par exemple, sur une dermatose infectée. Une étude en Irak sur un an dans un centre de dermatologie a montré que 8% des motifs de consultations résultaient d'un mésusage de dermocorticoides, dans 2/3 des cas l'application était faite en automédication. (28)

Les médicaments sur prescriptions

Selon notre enquête « patients », il existerait des médicaments sur prescriptions en stock dans 67% des foyers.

Selon notre enquête « médecins » 83% des médecins pensent que leurs patients possèdent des antalgiques de niveau 2 et 57%, des psychotropes.

Nous avons étudiés les résultats des autres thèses ci-après au sujet des médicaments sur prescriptions. Ces travaux ont séparé 3 classes thérapeutiques : les antibiotiques, les antalgiques de niveau 2, les psychotropes.

1) Les antibiotiques :

Les antibiotiques représentent peu de médicaments sur la quantité : 5% pour A.Belhaoues (21) et S. Lavau (18), 7% pour Herichier (22) et Boffetti, mais représentent une part nettement plus conséquente au niveau du prix : 12% du prix des pharmacies étudiées par S.Lavau (18).

En ce qui concerne le nombre de foyers en possession d'antibiotiques, selon C. Collet (23), ils sont de l'ordre de 26% alors que pour A.Belhaoues (21) ils sont de 80% ! Pourquoi une telle différence ?

La thèse de C. Collet (23) est basée sur des questionnaires remplis par les patients eux même, peut être y a-t-il une sous évaluation.

La population étudiée par A. Belhaoues (21) n'est pas représentative de la population française en générale : c'est une population d'un quartier défavorisé au nord d'Amiens, peut être, alors, la prescription d'antibiotiques est-elle plus fréquente, ou l'observance moins bonne…

La prise d'antibiotiques en dehors de prescriptions est souvent non indiquée et prise à des posologies et des durées inadéquates favorisant l'émergence de résistance. Et pourtant, une étude de nos voisins hispaniques auprès de plus de 19500 espagnols a montré que 17,7% des personnes sous antibiotiques l'étaient par automédication, ce problème n'est donc pas exclusivement français. (29) Peut être, cette prise d'antibiotiques en automédication, dépend-elle aussi des habitudes de prescriptions des médecins traitants ?

2) Les antalgiques de niveau 2 :

Selon C. Collet (23), 38% : des foyers ont de l'association paracétamol – dextropropoxyphène.

C'est une association non anodine, la Suède et la Suisse l'ont déjà retiré de leur marché suite à des intoxications létales. L'Angleterre et le Pays de Galle comptent la retirer du marché fin 2007. Une association de consommateurs aux Etats-Unis demande son retrait car entre 1981 et 1999, cette association thérapeutique aurait été responsable de 2100 décès dans ce pays. En France, le dextropropoxyphène est responsable de 7 décès par an en moyenne (30).

Les antalgiques de niveau 2 ont des précautions d'emploi, les patients les connaissent-ils lorsqu'ils les utilisent à distance de la prescription initiale ? Et cela lorsque c'est la même personne qui utilise l'antalgique, mais si ce médicament est pris par un autre membre de la famille, a-t-il les informations nécessaires pour éviter tout accident ?

3) Les psychotropes :

En ce qui concerne les médicaments psychotropes nous avons encore des chiffres plus élevés dans la thèse de A. Belhaoues(21) : 36% des pharmacies contiennent au moins un médicament psychotrope. C. Collet (23) a détaillé les différents psychotropes, elle note une nette prédominance des anxiolytiques : 20% des foyers, 4% possèdent des antidépresseurs et 7% des hypnotiques.

Et pourtant, il est dangereux de garder des psychotropes dans sa pharmacie, entre autre lorsque qu'il vit des adolescents dans le foyer. Voici quelques chiffres issus d'études qui doivent nous interpeller :

- Une étude faite par la Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques (DREES) (31) sur la consommation de psychotropes

montre que l'expérimentation des psychotropes sans prescription médicale, semble avoir augmenté chez les jeunes au cours des années quatre-vingt-dix. En population adulte, la consommation non prescrite d'anxiolytiques et d'hypnotiques à partir de la pharmacie familiale se retrouve dans un peu plus de 15 %des cas.

- Selon une autre source, le livret d'information sur les drogues et dépendances édité par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (32), les niveaux de consommation de médicaments psychotropes sont particulièrement élevés pour les adolescentes. Le médicament n'a été prescrit à l'usager que dans la moitié des cas. En 2003, 31% des filles ont consommé un psychotrope au cours de l'année et 18% au cours des 30 derniers jours (contre respectivement 11 et 6 % des garçons du même âge).

- Dans un rapport de 2001 sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, le Professeur I. Ferrand, membre du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) (34), en parlant des méthodes de tentative d'autolyse, dit : « *la méthode employée va dépendre de ce qui est trouvé dans la pharmacie familiale, genre roulette russe pharmacologique… »*

- Il faut rester vigilant, car, selon une étude menée aux urgences de Bichat en 1992-1993 (24) sur les tentatives d'autolyses médicamenteuses, uniquement 43% des patients admis pour ce motif avaient des antécédents psychiatriques. Dans cette même enquête les psychotropes non barbituriques étaient les médicaments en cause dans 77% des cas.

Si ces médicaments ne sont disponibles que sur prescriptions, n'est ce pas parce qu'un un avis médical avant chaque traitement est nécessaire ? Pour éviter les surdosages et les mésusages ? Alors, ne sont-ils pas à risque, stockés dans les pharmacies des patients ? Les médecins conscients de ces stocks (57% des médecins interrogés dans notre enquête pensent que les pharmacies de leur patients contiennent des psychotropes), limitent-ils ces stocks ou continuent-ils à remplir ces pharmacies ? Les industries pharmaceutiques comptent-elles conditionner les médicaments dans des boîtes plus petites ? et ont–elles prévu de généraliser le conditionnement sous blister plutôt qu'en vrac ?

D) Origine des médicaments stockés :

Selon les patients, le stock des médicaments de leur pharmacie fait suite à un problème de conditionnement pour 68% des personnes répondant à l'enquête, dans 38% des cas les patients avouent que c'est suite à un arrêt anticipé (il n'est pas précisé si les traitements étaient symptomatiques ou non).

Uniquement 4% des patients relient leur stock à un renouvellement trop précoce (contre 37% des médecins), il faut dire que les patients interrogés n'étaient pas représentatifs d'une patientèle classique de médecin installé, ils étaient en moyenne plus jeunes avec moins de traitement de fond, puisque ce c'était une clientèle d'interne en SASPAS.

Selon les médecins, les stocks sont constitués majoritairement à cause d'un problème d'observance (pour 65% des médecins), pour une grande majorité des médecins (63%) il existe aussi un problème de conditionnement, 37% pensent que ce stock est constitué par des traitements renouvelés trop tôt : c'est-à-dire qu'ils sont conscient que prendre en compte les médicaments au moment des renouvellements pourrait être utile à la limitation du stock.

- Selon une étude menée par la SOFRES en 1979 (24) sur les armoires à pharmacies, 70% des médicaments des pharmacies étaient obtenues sur ordonnance, 16% étaient liés au traitement en cours, 28% étaient liés à un problème de conditionnement, 16% étaient liés à un arrêt précoce du traitement, 5% car les patients en avaient pris moins que prévu, 5% des médicaments n'avaient jamais été utilisés.

- Selon le Syndicat National des Industries Pharmaceutiques (SNIP) (22), les médicaments des pharmacies familiales sont à 74% des médicaments prescrits, à 18% des fruits de l'automédication, et à 12% des achats sur conseils du pharmacien.

- En ce qui concerne les médicaments de la pharmacie acquis par prescription, une étude du Centre Rhône Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS) (22) avait montré, qu'en 1991, il restait en fin de traitement : 45,3% d'antibiotiques, 65,9% de psychotropes et 83,5% d'anti-inflammatoires ; ces chiffres ne sont pas dus uniquement à un problème de conditionnement, mais également à une mauvais observance.

Nous retrouvons donc la redondance des problèmes de conditionnement sauf dans l'étude commandée par les industries pharmaceutiques !!!

Comme l'a soulevé un médecin interrogé dans notre enquête : pourquoi délivrer une boite de 30 comprimés d'ATARAX® pour une prémédication avant un examen qui ne nécessiterait qu'un seul comprimé ?

Nombreux médecins ont abordés ce sujet du conditionnement dans les remarques libres :

-« Il y a vraiment un problème de conditionnement des médicaments. »

-« Le problème est le conditionnement. Il faudrait délivrer le nombre exact de comprimés, gélule…correspondant à la durée de prescription du médecin. »

-« Délivrance au comprimé pour éviter les gaspillages et accidents. »

-« Le problème principal est à mon avis le conditionnement. »

-« Que les conditionnements soient à l'unité ! »

-« combien de boîtes de 30 pour un traitement de 3 jours ? »

Pourquoi, en effet, toutes les boîtes ne sont-elles pas adaptées aux posologies et durées des recommandations ?

En Grande-Bretagne et au Danemark les médicaments sont décontionnés à l'officine et vendus à l'unité.

T. Boffeti et A. Herichier (22) ont étudié, pour leur thèse en médecine (1999), le prix gagné par ordonnance (pour une pathologie aigue) si le prix était calculé au comprimé : la moyenne du prix au comprimé des ordonnances était de 128 Frs, il était nécessaire d'ajouter 19 Frs pour une délivrance classique soit 15% d'augmentation suite au conditionnement inadapté!

La délivrance des médicaments à l'unité, est non dénuée d'inconvénients. Nous avons le surcroît non négligeable de travail pour les pharmaciens mais surtout des risques de confusion majorés si la présentation des médicaments n'est pas en boîte mais en comprimés. Les notices, également, sont indispensables, nous ne pouvons décemment pas délivrer des médicaments en vrac sans tenir informé le patient des indications, contre indications, interactions et effets indésirables. D'ailleurs il est noté dans le code de la santé publique que la présence de notice est obligatoire (code de la santé publique article R4153-4) Il faudrait alors, pour chaque délivrance de médicaments à l'unité, prévoir une notice et une boîte adaptée, ce qui peut être possible mais difficile à mettre en place.

Un médecin a répondu, à la question de l'origine des médicaments, que les stocks étaient favorisés par des prescripteurs multiples. En effet, ceci a été démontré dans la thèse de A. Watteau (35) dans laquelle a été mis en évidence un lien entre l'absence d'un seul médecin de famille avec une taille plus importante de la pharmacie familiale ainsi qu'une méconnaissance plus importante des médicaments. Ce qui va dans le sens du parcours coordonné de soins mis en place par la convention du 12 janvier 2005.

E) Gestion des pharmacies familiales :

95% des personnes interrogées déclarent vérifier la date de péremption des médicaments, mais de façon variable dans le temps.

Près de 7 pharmacies sur 10 (69%) sont rangées de façon bisannuelle ou plus fréquemment encore. Par contre, 7% des pharmacies sont triées moins d'une fois par an.

68% déclarent rapporter leurs médicaments à la pharmacie.

a) Péremption :

Dans notre étude, nous avons demandé si la personne interrogée pensait avoir des médicaments périmés dans sa pharmacie. A cette question nous avons eu une réponse positive dans 24% des cas.

Mais cette réponse est sous-évaluée par rapport au travail de W.Tronel-Peyroz (17) qui retrouve des médicaments périmés dans 48,5% (visite de 33 foyers) des pharmacies familiales et S.Collet (23) dans 37% (questionnaires remplis par les patients).

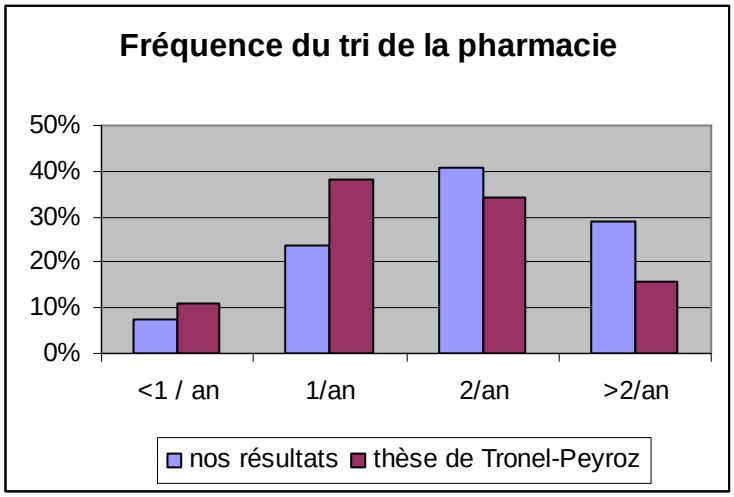
Dans les thèses étudiées on retrouve des résultats variables sur la proportion des médicaments périmés qui vont de 8,5% (S.Collet (23) : questionnaires à remplir par le patients : risque de sous estimation et de biais , car les personnes qui prennent le temps de le remplir et de le renvoyer ne sont pas forcement représentatifs de la population générale) à 22% (A.Watteau (35) : études de 38 pharmacies) ; entre ces deux résultats nous avons 15% de médicaments périmés selon la thèse de A.Belhaoues (21) et 18% dans celle de S.Lavau (18).

b) Tri :

En ce qui concerne la fréquence du tri de la pharmacie, il est fait dans la majorité des cas 1 ou 2 fois par an : pour nos résultats : « une à deux fois par an » représente 65% des réponses, 72% des réponses de W.Tronel-Peyroz (17) et 52% de S.Lavau (18).

Ces résultats, quelle que soit la méthode de l'enquête, repose sur une affirmation du patient non vérifiable.

Il existe malgré cela, dans près d'un foyer sur 10 une pharmacie qui est vérifiée moins d'une fois par an (7% pour nos résultats, 11% pour W.Tronel-Peyroz (17)) et selon S.Lavau (18) 3% qui ne le sont jamais.



Le tri doit intéresser les médicaments périmés mais devrait aussi permettre d'éviter tout stockage inutile comme des médicaments qui n'auront pas de seconde utilité : par exemple les médicaments qui ont été à l'origine d'une intolérance, ou pire d'une allergie, également les antibiotiques.

Dans 2 travaux différents il a été étudié la date de la dernière utilisation faite de chacun des médicaments :

- Dans les pharmacies étudiées par A.Watteau (35), 2/3 des médicaments n'avaient pas été utilisés dans les 18 derniers mois,

- A.Belhaoues(21) a eu un résultats du même ordre : 58% des médicaments stockés (différence entre les résultats des 2 travaux non significative).

Un médicament rangé dans la pharmacie familiale est, a priori, destiné à être à nouveau utilisé, mais dans quelles conditions ? Le patient se souviendra-t-il des posologies ? Des contre-indications ? Des interactions ?

Hélas, l'ordonnance n'est que rarement gardée : selon S.Lavau (18), 18% des personnes jettent l'ordonnance une fois les médicaments achetés. Les pharmaciens ont un rôle de conseil ; en pratique, les posologies et la durée du traitement sont loin d'être écrites systématiquement sur les boîtes.

c) Les notices :

Les notices ne sont pas gardées non plus systématiquement.

C.Collet (23) décrit une absence de notice dans 9% des médicaments. Et selon S.Lavau (18) 97% des personnes ont des médicaments en vrac, c'est-à-dire sans leur emballage d'origine, donc sans leur notice.

Malgré tout, 92% des personnes interrogées par S.Lavau (18) déclarent lire les notices (mais en majorité pour les effets indésirables : 92%, 75% lisent les indications).

Selon la thèse de W.Tronel-Peyroz (17) 38% des personnes ne lisent pas systématiquement les notices.

Selon une étude en Hongrie, 70% des personnes prenant un médicament non prescrit lisent la notice (33).

d) Le rangement :

Les méthodes de rangement à l'intérieur de la pharmacie ont été étudiées dans différents travaux.

Ils donnent comme priorité est de séparer les médicaments des enfants de ceux des adultes. Ensuite le classement doit permettre de retrouver facilement tout médicament, il peut donc varier selon les personnalités de chacun.

Un classement par indication ne doit pas faire occulter les contre –indication et les interactions. Selon A.Belhaoues 34% des personnes ont une méthode de rangement dont 41% selon la forme, 47% selon le rôle, 11,7% selon les personnes visées.

e) Le devenir des médicaments :

1) les résultats

Dans notre enquête 70% des personnes interrogées déclarent rapporter les médicaments à la pharmacie, et 29% disent les jeter à la poubelle.

Nous pouvons penser que le marketing de Cyclamed (cf. paragraphe ci dessous) a été efficace car cette proportion n'était pas si tranchée il y a quelques années :

- selon la thèse de S.Lavau (18) faite en 1998, 50% des médicament étaient jetés à la poubelle contre 37% retournés à la pharmacie,
- selon les résultats de T.Boffetti et A.Herichier (22) en 1999 la proportion commence à pencher vers la pharmacie : 58% contre 33% pour les déchets ménagers.

Mais les problèmes de gestion et la médiatisation de détournements commencent à se ressentir, certains patients ne les rapportent plus et des pharmacies refusent d'être intermédiaire.

2) Cyclamed

Nous aimerions faire un petit rappel sur l'organisme Cyclamed puisque la logique voudrait que tous les médicaments non utilisés soient récupérés par cet organisme.

Le décret n°92-377 du 1er avril 1993 a prévu que tout fabricant de produits destinés au public devait contribuer à l'élimination des déchets d'emballage de ses produits, soit pas ses moyens propres, soit en participant à un système commun : Eco-emballages. Les industries pharmaceutiques ont opté pour l'option d'organiser eux même la gestion de leur déchets en lien avec les officines et les grossistes-répartiteurs, grâce à une nouvelle association loi de 1901 : Cyclamed

« Des négociations entreprises sous l'égide du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens ont permis à tous les syndicats de la profession (officinaux, répartiteurs et industriels) de se mettre d'accord sur un dispositif offrant une répartition des charges équilibrée entre les différents acteurs de la chaîne du médicament. » (36)

Les déchets issus de médicaments des patients représentent environ 70 000 tonnes par an, soit 0,3% des déchets ménagers et 1% des déchets d'emballages ménagers.

Les objectifs de Cyclamed étaient multiples (36) :

- Il existait déjà des pharmaciens qui collectaient généreusement les médicaments non utilisés pour les faire passer à des associations humanitaires ; Cyclamed comptait continuer et organiser ces démarches.

- Le patient qui rapporte ses médicaments à la pharmacie évite leur mise en décharge et permet une valorisation énergétique (par incinération) à la charge de Cyclamed et non des collectivités.

- Cyclamed aide à protéger l'environnement mais également à limiter les risques d'accidents liés au stockage des médicaments à domicile.

Une enquête sur le dispositif de recyclage des médicaments « Cyclamed » , rapport de E. Grass et du Dr. F. Lalande, membres de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) (37) ; janvier 2005, a été réalisée sur demande du ministre de la santé en septembre 2004 suite à la médiatisation d'affaires de détournements de médicaments.

Elle met en avant les failles de ce système :

« - le dispositif Cyclamed trouve sa source dans un gaspillage non maîtrisé ...on peut estimer que près d'un médicament sur deux n'est pas pris…

- le dispositif présente des performances environnementales médiocres et n'incitent pas les industriels du médicament à être plus actifs… moins la performance

de la collecte est élevée moins les cotisations demandées à l'industrie pharmaceutique sont importantes (en 2003 taux de collecte de 11,6% soit 6 fois moins que l'objectif de 75% qui lui était fixé (taux que le système Eco-Emballages a en revanche atteint))

- la finalité humanitaire de Cyclamed est remise en cause par ceux là mêmes qui sont censés en tirer avantage

- la réutilisation de médicaments est un facteur de dérives ».

L'action à visée humanitaire de Cyclamed est désormais arrêtée, en effet, selon un article du journal Le Monde de janvier 2007 (38) : *« Apparemment généreuse, l'idée s'est révélée contre-productive au fil des ans. La redistribution à des fins humanitaires des médicaments rapportés en pharmacie, organisée par Cyclamed, devrait être prochainement interdite en France. Après l'Assemblée nationale, le Sénat devrait voter, ce mercredi 24 janvier, la fin de ce dispositif, par le biais d'un amendement gouvernemental au projet de loi transposant une directive européenne sur le médicament. »*

Malgré cette décision, il est toujours utile de rapporter ses médicaments aux pharmacies pour les raisons citées précédemment…mais encore faut-il que les pharmacies les acceptent…

VIII Analyse des questionnaires « médecins » :

A) Description des médecins interrogés :

En ce qui concerne la répartition homme- femme, notre échantillon est représentatif de la population médicale généraliste de la haute Garonne : dans notre échantillon : 33% sont des femmes, 32% selon les chiffres d'octobre 2000 répertoire ADELI, DRASS. Dans les départements ruraux de la région midi Pyrénées, cette proportion descend à 19% (pour l'Ariège), elle est de 27% pour la région.

L'âge moyen des médecins ayant répondu à l'enquête est de 48 ans, selon l'URCAM (39), il est de 47,4 ans pour la région Midi-pyrénées.

Nous avons remarqué que les femmes étaient plus souvent en zone urbaine 69% contre 57% des hommes, cette tendance se rapproche des données de l'URCAM avec 67% des femmes exercent en zone urbaine contre 63% des hommes (pour la région Midi Pyrénées).

B) Prise en compte des médicaments de la pharmacie familiale lors des prescriptions :

a) En consultation / en visite

Parmi les 54 médecins ayant répondu à l'enquête 92% (100% des femmes et 89% des hommes) déclarent prendre en compte les médicaments stockés par les patients lors des visites.

Dans la thèse de L. Rousseau (25), auprès de 59 médecins, les résultats sont similaires : 74% les prennent en compte « souvent » et 24% « parfois ».

La proportion baisse en consultation : dans nos résultats, elle est de 75% en moyenne (94% des femmes, 69% des hommes).

Cette différence entre visite et consultation s'explique assez facilement. En effet, si le patient demande une visite, c'est souvent qu'il a des contraintes de transport (alitement, personne âgée, pathologie incompatible avec le déplacement…).

S'il est possible d'éviter un passage par la pharmacie, tout au moins dans l'immédiat, cela peut arranger le patient et ses proches.

Les visites sont parfois faites en dehors des heures d'ouverture des officines, si le médecin peut temporiser l'achat de médicaments, il peut ainsi éviter au patient de se rendre à la pharmacie de garde.

b) Pathologies aigues / chroniques

En consultation, L. Rousseau (25) a séparé les prescriptions pour pathologies aigues et chroniques.

- Pour les pathologies chroniques il existe une différence significative selon le sexe du médecin : 100% des femmes ont répondu qu'elles s'intéressaient « souvent » aux stocks des médicaments, contre 60% des hommes.
- Pour les pathologies aigues, il n'existe pas de différence significative entre les 2 sexes. En moyenne, 47% des médecins s'enquièrent des stocks « souvent » et 46% « parfois ».

Les médecins sont donc plus sensibles aux stocks lors des renouvellements des traitements de fond que pour les pathologies aigues.

c) Le prix des pharmacies familiales

Des études ont calculé le prix des pharmacies familiales avec des résultats bien différentes :

- L'enquête de la SOFRES pour le syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP) en 1979 retrouvait une moyenne de 230 Frs (35,40 euros) par pharmacie

- La thèse de S.Lavau (18) en 1998 estimait la valeur des pharmacie à 1395 Frs (214,60 euros) sur un moyenne de 93 foyers!

Les pharmacies familiales pourraient donc être à l'origine d'économie sur l'ordonnance de quelques visites et consultations : au lieu de racheter des nouveaux médicaments, il est souvent possible d'utiliser certains présents dans la pharmacie familiale.

Plusieurs travaux ont été réalisés sur les économies qui pourraient être faites :

- En 1993 le Docteur Schwob exerçant à Meylan (42) propose la réalisation par les patients d'un carnet de pharmacie qu'ils rapporteraient en consultation (22).

- En 1999, T.Boffetti et A.Herichier (22) reprennent l'idée dans leur thèse pour évaluer l'acceptabilité de ce carnet : 66% répondent oui, mais beaucoup ajoutent un « mais » *« mais je ne le tiendrais pas à jour », « mais je l'oublierais en allant aux consultations »*…dans cette thèse il a été également étudié le prix de la pharmacie : en moyenne cette dernière comportait 813 Frs (125 euros) de médicaments avec un minimum de 38 Frs (5,80 euros) et un maximum de 2940 Frs (452,30 euros).

T.Boffetti et A.Herichier (22) ont choisi les patients à étudier parmi ceux consultants un des 4 médecins retenus et consultant pour une pathologie aigue. Elles ont calculé, la somme qui pourrait être gagné sur une prescription pour pathologie aigue, en utilisant les médicament des pharmacies familiales : elles ont trouvé une économie possible de 38% en moyenne c'est-à-dire de 49 Frs (7,50 euros).

Bien sûr, une économie à ce taux est réalisable lors de la première utilisation des stocks de la pharmacie familiale ; elle baisserait si cette gestion des stocks était systématique. Mais que d'économies possibles au long cours et à grande échelle !

C) Les dangers des pharmacies familiales :

a) Les 3 dangers principaux

Dans notre enquête, 80% des médecins interrogés ont déjà eu à gérer un effet délétère de la présence de médicaments stockés à domicile :

- 26% des médecins ont déjà eu des intoxications d'enfants,
- 57% ont été face à des patients ayant fait une tentative d'autolyse médicamenteuse,
- 76% ont dû gérer des problèmes liés à une automédication.
- 19% ont été confrontés à ces trois dangers.

Le pourcentage de médecins confrontés à un problème liés au stockage de la thèse de L. Rousseau (25) (1999), est comparable au nôtre : 78%. Mais ils étaient 40% à avoir été confrontés aux trois problèmes cités ci-dessus.

Nous avons eu une prédominance de problème d'automédication (76%), alors que les médecins interrogés par L. Rousseau (25) ont dû gérer plus souvent des surdosages médicamenteux volontaires (70%).

Mais ces 3 problèmes principaux : intoxications des enfants, tentative d'autolyse médicamenteuses, et automédications inadaptées, liés au stockage de médicaments à domicile ne sont pas les seuls.

Des médecins interrogés par L. Rousseau (25) ont répondu avoir été confrontés également aux mésusages suivants :

- surdosage involontaire d'adultes,
- intoxications d'animaux,
- utilisation de produits vétérinaires chez un humain,
- commerce parallèle.

b) Les intoxications pédiatriques

Dans ces 2 enquêtes, les intoxications des enfants arrivent en 3ème position : déclarés par 53% des médecins de l'enquête de L. Rousseau (25) et par 26% seulement de notre questionnaire.

Il est certain que nos effectifs ne sont pas très importants : 59 et 54 réponses respectivement pour L. Rousseau (25) et nous. Les différences sont donc à pondérer, mais peut être que les 8 ans qui séparent ces deux travaux ont fait évoluer la sécurité des médicaments pédiatriques.

En effet, les pouvoirs publics font régulièrement des campagnes de prévention par rapports aux dangers des accidents domestiques chez les enfants.

La dernière en date organisée par l'Assurance Maladie, l'Institut National de Prévention pour la santé (INPES) et le ministère de la santé a édité 60 000 affichettes dont un tirage aborde le problème des médicaments :

> « *Les médicaments = Hors de la portée des enfants ; Toujours mettre les médicaments dans un placard en hauteur fermé à clé* » (40).

Une brochure a également été imprimée à 1,5 millions d'exemplaires, brochure de 35 pages où sont abordés, entre autre, les conseils pour éviter les intoxications par médicaments :

> *« Ne laissez jamais de médicaments à portée de votre enfant.*
>
> *Que faire pour éviter les intoxications ?*

-Rangez toujours les médicaments dans une armoire en hauteur, fermée à clé.

- Ne laissez pas de médicaments dans un sac à main, sur une table…

Des conseils pratiques pour donner des médicaments à votre enfant :

- Respectez toujours les doses de médicaments prescrites par le médecin, les délais entre chaque prise et lisez attentivement les notices d'utilisation.

- Ne présentez jamais un médicament comme un bonbon. »

Le nouveau carnet de santé, distribué depuis janvier 2006, donne également de nombreux conseils, entre autre sur les risques d'intoxication et le stockage des médicaments.

c) Les automédications inadaptées

En ce qui concerne les fréquences des accidents d'automédication, retenons ces adjectifs qualitatifs à défaut de données quantitatives fiables, en rapport avec les problèmes liés à l'automédication : *« innombrables », « nombreuses », « multiples », « régulières ».*

Pourquoi les anti-inflammatoires, les vasoconstricteurs nasaux sont ils si facilement accessibles ? Voici deux remarques à ce sujet des médecins que nous avons interrogés :

- « De nombreuses molécules sont désormais en vente libre contenant des dangers réels : exemple : éphédrine dans Rhinadvil® : plusieurs symptômes coronariens et hypertension artérielle chez des patients ayant des antécédents. »

- « Ne pas permettre aux pharmaciens de délivrer sur la demande des patients divers médicaments potentiellement dangereux si accumulés ou mal utilisés »

La Revue Prescrire (41) relate qu'un arrêté du 6 mars 2007 exonère l'ibuprofène de la liste II des substance vénéneuses pour les formes solides destinées à la voir orale jusqu'à une dose 400 mg par unité de prise, auparavant cela l'était pour une dose de 200mg…voilà de nouveaux risques de confusion et de surdosage…

Un problème important lié aux risques de surdosage est la multitude de présentations et dénominations différentes pour une même molécule.

Nous retrouvons ce problème dans différentes remarques libres des médecins interrogés :

- « La honte de la distribution, combien de copies de paracétamol, d'amoxicilline… »

- « Erreur chez les personnes âgées : prise de 2 médicaments de même indication : générique et ancien. »

- « la notion de génériques peut être discuté »

Dans la thèse de C. Collet (23), il a été noté jusqu'à six dénominations différentes pour le paracétamol !

Il existe 55 spécialités à base de paracétamol sur le Vidal 2004, sans compter les nouveaux génériques où le nom du laboratoire est écrit en plus grand que le nom de la molécule ce qui porte souvent à confusion pour les patients…

De ce fait, lorsque les noms des principes actifs sont peu compliqués, il serait bénéfique de parler en dénomination commune internationale (DCI) aux patients pour éviter les risques de surdosage.

L'automédication « raisonnée » n'est donc pas encore mise en place… Comme le relevait si bien la campagne de la caisse primaire de l'assurance maladie , rappelons qu'« un médicament ça ne se prend pas à la légère ».

D) Rôle des médecins :

87% des médecins interrogés (100% des femmes et 80% des hommes) considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans la gestion des pharmacies de leurs patients, ce qui voudrait dire que 13% des médecins ne se sentent pas investis dans la gestion des pharmacies familiales de leurs patients. Les résultats de L. Rousseau (25) sont similaires : 15% des médecins avouent ne parler « jamais » avec leur patients des médicaments qu'ils ont à domicile.

Nous retrouvons quelques explications dans leurs remarques libres :

- « Je me refuse à contrôler les domiciles. On en fait déjà assez. »

- « Cela fait partie de la prévention, c'est du temps non rémunéré et on ne le fait pas. C'est aussi trivial et triste que cela. Si le médecin généraliste était honoré pour ses actes de prévention cela pourrait changer. »

- « Que la pharmacie fasse son boulot. »

- *« Le temps !!!Tout ceci nécessite du temps, le conseil minimal doit être renouvelé régulièrement. »*

En effet, contrôler les pharmacies à domicile n'est pas possible systématiquement par faute de temps. Mais la prévention est une partie intégrante de l'activité du médecin de famille. Le but des médecins est la santé des patients : passe-t-elle uniquement par le curatif ? Combien de temps prend la question *« vous reste-t-il du paracétamol? C'est-à-dire Dafalgan® Doliprane® Efferalgan®»*, pour éviter une accumulation trop importante de boîtes et rappeler au patient que tous ces médicaments sont similaires. *(« Que font-ils de tant de Doliprane !!! »* remarque un médecin interrogé) et dans un même temps nous rappelons que tous ces médicaments sont identiques. Dans la thèse de C. Collet (23), où 152 pharmacies ont été étudiées à domicile, il a été trouvé jusqu'à 15 boîtes de paracétamol ainsi que jusqu'à 6 dénominations différentes ! Cela pose un véritable problème de santé publique.

Rappelons que 70% des médicaments de l'armoire à pharmacie ont été obtenus sur ordonnance. Il est donc nécessaire que médecin conseille sur la nécessité de ne pas garder des médicaments entamés comme des antibiotiques, des sirops…

Selon L. Rousseau (25) : 41% des médecins ne conseillent « jamais » de ne pas conserver des boîtes de traitement de courte durée. Dans nos résultats, ce conseil arrive comme 2ème proposition sur les sept proposées.

Bien sûr nombreux médecins sont conscients de leur rôle :

- *« Le contrôle des médicaments fait parti aussi du travail et de la responsabilité du médecin. »*

- *« Je pense que nous avons un rôle éducatif certain dans ce domaine et cela pourrait éviter bien des catastrophes. »*

<u>Le rôle des pharmaciens</u> :

La remarque sus citée d'un médecin sur le travail des pharmacies nous amène à aborder leur responsabilité dans la gestion des pharmacies familiales.

Et ce qui suit pourrait motiver les médecins qui ne se considèrent pas investis d'un rôle de prévention : deux mutuelles (la Mutuelle des transports de la région lyonnaise (MTRL) et les Assurances du Crédit mutuel) proposent de rembourser des « consultations officinales ». Ce serait des consultations de prévention réalisées par les pharmaciens et rémunérées 21 euros. *« …c'est un moment pendant lequel on prend le temps de parler, de vérifier la mise à jour des vaccins, de conseiller sur l'armoire à pharmacie, de donner des conseils en homéopathie... »* résume Gilles Bonnafont, du syndicat des pharmaciens. (42)

Alors pourquoi ces mutuelles ont pris cette décision ? Peut être ont-elles remarqués que la prévention n'était pas assez présente dans l'exercice des médecins généralistes ?

Dans le Moniteur des laboratoires et des pharmacies de novembre 1996, les résultats d'une étude montraient que, en ce qui concerne les médicaments en vente libre, 76% des patients donnaient le nom du médicament qu'ils désiraient et 34% décrivaient leurs symptômes, dans les deux cas les conseils du pharmaciens sont primordiaux.

Dans la thèse d'exercice de G. Bossard (24), de 1997, pharmacien, les rôles respectifs des médecins et des pharmaciens ont été proposés :

Le rôle du pharmacien se composait de 2 missions principales :

- conseiller face à l'ordonnance (donner l'effet recherché du médicament, la voie d'administration, les posologies en les transcrivant le plus souvent possible sur les boîtes et préciser l'heure des prises),

- conseiller en dehors de prescription (limiter l'automédication en conseillant des consultations médicales, diminuer le risque d'intoxication en encourageant le retour des médicaments en pharmacie).

Mais encore faudrait-il que toutes les pharmacies acceptent le retour des médicaments.

Toujours selon G. Bossard (24) mais au sujet du rôle des médecins : *« La crédibilité dont jouit le médecin dans le domaine de la santé le place dans une position privilégiée pour effectuer un travail d'information et de sensibilisation de la population. Les médecins sont en contact direct avec l'enfant et sa famille. Le médecin a aussi pour rôle celui de suivi de la famille et de son éducation. Il peut jouer un rôle d'informateur, car il est écouté, surtout lors des visites à domicile »*

Les pharmaciens ont des rôles importants : donner un conseil minimal pour chaque médicament vendu sans ordonnance, noter les posologies et les durées de traitements sur les boîtes, diriger les patients vers leur médecin au moindre doute, récupérer les médicaments non utilisés. Mais en ce qui concerne la prévention, ne fait-elle pas plus partie du domaine d'activité du médecin généraliste ?

IX Analyse de deux sujets qui nous ont semblé importants :

En travaillant sur ces enquêtes, 2 sujets, qui ne correspondaient pas forcement à notre sujet de départ, nous ont parus intéressants à aborder succinctement.

A) Médicaments en vente libre et automédication:

Rapidement, nous revenons sur l'automédication et les médicaments en vente libres, intimement liés aux pharmacies familiales.

Pour W.Tronel-Peyroz (17) : 52% des médicaments de l'automédication sont des restes de prescriptions antérieures, c'est-à-dire puisés dans la pharmacie, et 25% ont été achetés en vente libre.

La pharmacie n'est pas constituée uniquement de médicaments acquis sur prescriptions, selon A.Belhaoues (21), 35% des médicaments ont été achetés sans ordonnance (20% sur initiative du patient, 9% sur les conseils du pharmaciens, 6% prescrits dans le passé, rachetés sans ordonnance).

Et selon une étude réalisée par la SOFRES pour le syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP) en 1979 « Enquête nationale sur le contenu de l'armoire à pharmacie des foyers français », l'origine des médicaments de la pharmacie familiale est dans 18% de l'automédication et dans 12% des médicaments achetés suite aux conseils d'un pharmacien.

L'essentiel des médicaments consommés en France est constitué de produit à prescription médicale obligatoire (55% en volume mais plus de 81% du marché en valeur).

Revenons sur un extrait sur l'automédication de l'Avis sur le médicament, adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie présenté le 29 juin 2006(14).

> *« Il n'y a pas de définition précise du terme «automédication» mais on comprend en règle générale par médicaments d'automédication les produits à prescription médicale facultative (non soumis à prescription médicale), c'est-à-dire les médicaments qui peuvent être achetés directement par le patient auprès de son pharmacien. Ces produits PMF (prescription médicale facultative) sont des produits sans la moindre toxicité, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé. Par ailleurs le produit PMF traitent des symptômes ou des affections bénignes, pour les quels l'absence de recours au médecin ne comporte pas de risque. Enfin, ce sont des produits dont le prix moyen par unité (boite, flacon, etc.) est peu élevé (le prix fabricant hors taxe est en moyenne 2,6 euros pour une unité de produit à prescription médicale facultative et 9,2 euros pour un produit à prescription médicale obligatoire). »*

Idéalement les médicaments en vente libre, ou selon les termes exacts, « à prescription facultative » ne devraient pas être dangereux mais, mis à part l'homéopathie, peu de médicaments sont complètement dénués de risque. Prenons

l'exemple de l'ibuprofene, médicament phare de l'automédication est-il un *« produit sans la moindre toxicité, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé. »* ?

Les risques existent réellement : dans notre enquête « médecins » 76% des médecins interrogés ont déjà été confrontés à des problèmes d'automédication.

Et selon la thèse de L. Rousseau (25) : 78% des médecins de l'enquête ont déjà été confrontés à des problèmes de stockage et parmi eux 72,5% à une ou plusieurs automédications inappropriées.

Une des explications à ces accidents peut être la banalisation des médicaments en vente libre. Les croyances populaires sont du même avis que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie :

- Dans la thèse de W.Tronel-Peyroz (17), 25% des personnes interrogées pensent qu'un médicament en vente libre n'a pas d'effets secondaires et 56% pensent qu'il est moins efficace qu'un médicament prescrit. 31,6% ne citent pas d'effets indésirables ou de contre indications imputables à l'aspirine.

- 50% des personnes interrogées par A.Watteau (35), à la question « qu'est ce qu'un médicament ? » répondent « boîte avec vignette »? Et 20% répondent « boîte prescrite par le médecins ». Ces réponses démontrent le risque important de banalisation des médicaments en vente libre.

Dans une enquête Sofres pour les laboratoires Merck génériques (43) (donc étude demandée par l'industrie pharmaceutique !), 22% des personnes interrogées seraient prêtes à acheter des médicaments sans ordonnance pour contribuer à réduire le déficit de la sécurité sociale.

Dans cette enquête Sofres, 92% des 1000 personnes interrogées déclarent que le pharmacien a pour rôle de conseiller sur les médicaments, rôle qui arrive avant la délivrance (90%). 95% des patients interrogés avouent demander parfois (57%) ou souvent (38%) conseil à leur pharmacien.

L'automédication peut être développée mais si elle est « raisonnée »et organisée, c'est-à-dire accompagnée de conseils de pharmacien et de médecin, et qu'elle se cantonne à des pathologies sans risques pour des personnes sans antécédents particuliers.

B) Etude d'une sous-population : les Seniors

Nous avons pensé qu'une étude comparée centrée sur les seniors pouvait être intéressante puisque ils représentent une tranche de la population plus sujette aux problèmes de santé et au stockage de médicaments.

La moyenne d'âge des personnes interrogées (et non « consultantes » puisque lorsque la consultation portait sur une enfant, c'est à son accompagnant que le questionnaire était posé) est de 40.7 ans. Les âges s'étalent de 16 à 86 ans, 27 personnes sur 243 ont plus de 60 ans c'est-à-dire 11%.

Dans la thèse de T.Boffetti et A.Hericher (22), la pharmacie des seniors représentaient 22% des pharmacies étudiées : patients tirés au sort dans les consultations de 4 médecins généralistes. Cette faible proportion peut être expliquée par l'attachement qu'ont les seniors suivis par un médecin d'être revus par lui et non par leur interne, d'autant qu'ils sont souvent porteurs de pathologies chroniques leur permettant de prendre rendez-vous à l'avance avec le médecin de leur choix. Pour les enfants et les jeunes qui ont moins de disponibilités horaires, la consultation avec l'interne est plus facile car plus rapide, souvent le problème étant une pathologie aigue type virose ou autre.

Nous avons comparé, dans nos résultats de l'enquête « patients », les questionnaires des seniors par rapports aux résultats de la population entière :

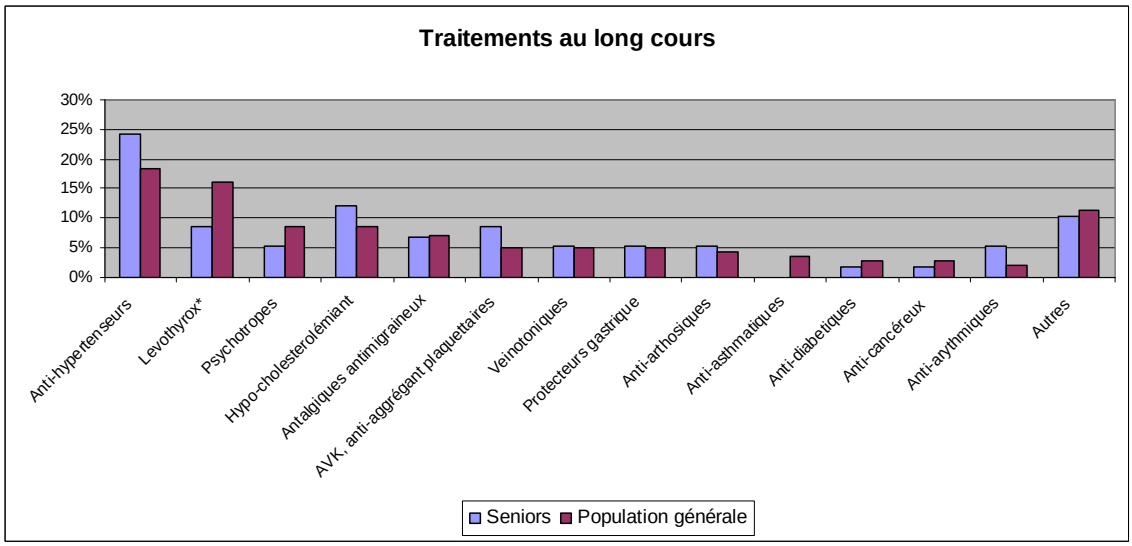
- Le sexe de la personne gérant la pharmacie est sensiblement le même chez les seniors que dans la population générale.

- La pharmacie est à portée des enfants à peu près aussi souvent que chez l'ensemble des personnes interrogées (15% contre 17% dans la population générale). (Echantillon trop petit pour calculer le test de signification : np<5)

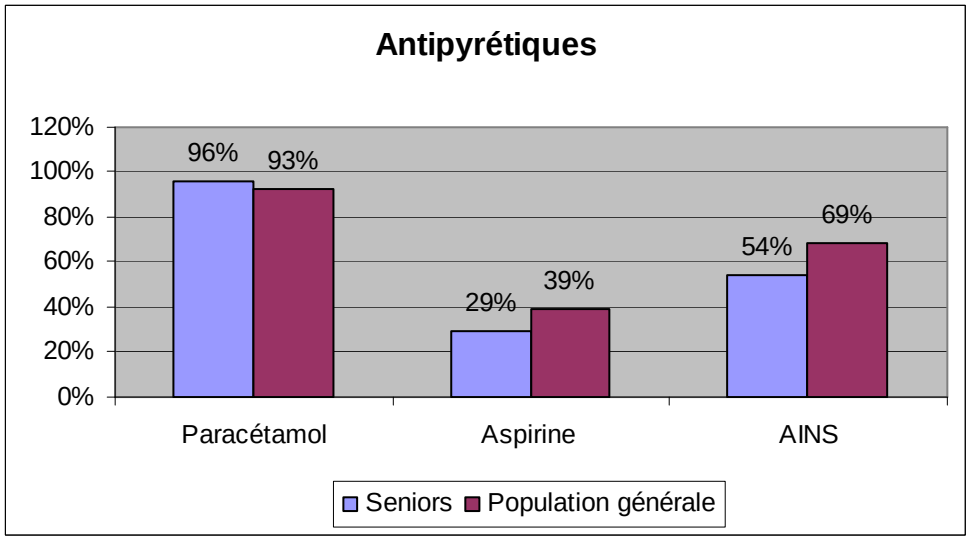
- En ce qui concerne l'emplacement de la pharmacie on retrouve un rangement dans la cuisine très fréquent chez les seniors probablement lié aux traitements au long cours gardés à proximité.
Selon S.Lavau (18) les personnes de plus de 70 ans privilégient la chambre dans 20% des cas.

- Sans surprise on retrouve une franche différence sur l'existence des traitements de fonds : 92.6% des seniors ont un traitement de fond contre 34.4% de la population générale interrogée (différence significative).

- La répartition des médicaments pris au long cours est également différente, on retrouve chez les seniors une importance plus élevée d'anti-hypertenseurs, d'hypocholestérolémiants, et d'anti-aggrégants plaquettaires (AAP) et d'anti-vitamine K (AVK) alors que dans la population générale le traitement substitutif des hypothyroïdies ainsi que les psychotropes sont plus représentés.



- Pour les traitements antipyrétiques, nous pouvons être rassurés de voir chez les seniors une moindre proportion d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), pourvoyeurs de nombreuses interactions et effets indésirables, que dans la population générale. La différence d'AINS entre les pharmacies de la population générale et celles des seniors est significative



- Les antiseptiques entamés sont gardés plus longtemps chez les seniors (27% des antiseptiques chez les seniors sont entamés depuis un an ou plus, contre 9% dans la population générale). On pourrait rapprocher cela à une utilisation moins fréquente chez les seniors d'antiseptiques car moins sujets aux petits traumatismes que les enfants par exemple.

- Les seniors ont moins de médicaments de premiers recours : 62.5% contre 80% dans la population générale. Pendant le questionnaire certaines personnes âgées me disait ne pas s'automédiquer, même pour des pathologies courantes sans l'avis de leur médecin, il est certain que le risque d'interactions et d'effets indésirables est plus importants chez les seniors. Cette donnée a été confirmée dans la thèse de W.Tronel-Peyroz (17) : Il existe moins d'automédication chez les personnes âgées.

Selon A.Watteau (35) les retraités connaissent mieux que la moyenne l'usage de leurs médicaments ; de même source, les médicaments en vente libre seraient moins fréquents dans les pharmacies des retraités. Les personnes âgées seraient donc plus concernées, prudentes ou inquiètes.

- En ce qui concerne l'origine des médicaments sur prescriptions dans la pharmacie, les seniors déclarent moins souvent que la population générale que c'est suite à un excès de médicaments dans la boîte mais plus suite à un traitement arrêté avant la fin. En effet, lors de l'instauration d'un traitement au long cours les personnes âgées peuvent être sujettes à des intolérances, effets indésirables. Dès lors les médicaments sont stockés au lieu d'être rapportés à la pharmacie.

A.Watteau (35) dans sa thèse a constaté *« la réelle importance de la valeur psychologique et anxiolytique de la thésaurisation de médicaments ».* Aucun seniors, pourtant à plus de 90% sous traitement chronique, n'a déclaré avoir des renouvellements de médicament trop fréquents à l'origine d'un stockage.

La population senior serait donc plus prudente quant à l'automédication et l'utilisation des AINS, consciente des risques d'interactions et d'effets indésirables, par contre les antiseptiques sont trop souvent périmés et les médicaments non utilisés encore trop gardés.

X Synthèse générale de notre étude :

Cette thèse a permis de faire un état des lieux des pharmacies familiales :

En ce qui concerne la population des patients étudiées, c'est la femme qui gère la pharmacie familiale dans la grande majorité des cas : 83% des cas.

La pharmacie est installée majoritairement dans la salle de bain, pièce pourtant à éviter car ses variations de températures et ses degrés d'hygrométrie élevés ne favorisent pas une bonne conservation des médicaments. Nos résultats sont corroborés par plusieurs autres études.

Les antiseptiques sont entamés dans 91% des cas, et parmi eux 62% le sont depuis plusieurs mois et 10% depuis plusieurs années. 52% des personnes ayant répondu à notre enquête citent plusieurs antiseptiques.

Les pharmacies seraient à portée des enfants en bas âge dans 17% des cas selon notre enquête, résultats optimistes par rapport à ceux d'autres travaux, probablement car notre questionnaire est déclaratif, les patients ont dû sous-estimer les dangers.

Il existe des médicaments disponibles exclusivement sur prescriptions, en stock dans 67% des foyers. Cette situation serait due à un problème de conditionnement pour 68% des patients interrogées, pourcentage similaire selon les médecins (63%).

Ces stocks de médicaments sur prescriptions feraient suite à une mauvaise observance pour 38% des patients mais, selon les médecins interrogés ce serait presque le double : 65%.

95% des personnes interrogées déclarent vérifier la date de péremption des médicaments, mais de façon variable : 24 % des personnes interrogées pensent avoir des médicaments périmés au jour de l'enquête.

Près de 7 pharmacies sur 10 sont rangées de façon bisannuelle ou plus fréquemment encore. Par contre, 7% des pharmacies sont triées moins d'une fois par an.

68% des patients interrogés déclarent rapporter leurs médicaments à la pharmacie.

En ce qui concerne la population des médecins étudiés, plus on s'éloigne des villes plus la proportion de médecins féminins est faible.

Les médecins ayant répondus à l'enquête sont 80% à avoir été confrontés à un des dangers des pharmacies familiales :

- pour 76% un problème d'automédication,
- pour 57% des autolyses médicamenteuses,
- pour 26% des intoxications d'enfants.

En visite, 92% des médecins interrogés disent prendre en compte les médicaments des pharmacies de leurs patients, en consultation ils sont 75%. Cette attitude est à promouvoir car elle est source de nombreuses économies (22) et qu'elle limite les dangers liés au stockage de médicaments.

87% des médecins interrogés se sentent investis, en particulier de 3 missions principales face à la pharmacie de leurs patients :

- conseiller sur l'automédication,
- dire de ne pas stocker certains médicaments,
- ainsi que donner l'inventaire d'une pharmacie familiale.

La moitié des médicaments de l'automédication sont des médicaments de la pharmacie familiale (17) et 76% des médecins dans notre étude ont déjà été confrontés des problèmes liés à l'automédication.

Les seniors seraient plus prudents quant au stockage et à l'automédication.

PERSPECTIVES

I Trois acteurs

En réalisant ces études nous avons pris conscience que chacun des acteurs du médicament - les industries pharmaceutiques qui les produisent, les médecins qui les prescrivent et les pharmaciens qui les délivrent - ont un rôle à jouer pour améliorer les pharmacies familiales :

A) Les médecins généralistes

En tant que médecin généraliste, acteur de soins primaire et médecin de premier recours nous devons être en mesure de prodiguer un conseil minimum aux patients :

- s'adresser plutôt aux femmes car ce sont plus souvent elles qui s'occupent des pharmacies

- leur conseiller un emplacement dans une pièce ni trop chaude ni trop humide et qui ne soit pas sur le passage des enfants, comme par exemple la chambre des parents

- leur dire de dédier un meuble spécifique en hauteur et fermé à clé

- les informer de conserver un seul antiseptique, en spray ou en monodoses, ou à défaut, de bien noter la date d'ouverture du flacon

- leur conseiller d'avoir toujours du paracétamol comme antalgique et antipyrétique

- prendre en compte les stocks en visite à domicile et en consultation

- leur préciser de ne pas garder un médicament qui a été à l'origine d'une allergie ou d'une intolérance pour un membre de la famille et de le noter

- leur conseiller de rapporter les médicaments périmés, les reliquats d'antibiotiques, les médicaments en cause dans une allergie à la pharmacie

- prescrire au maximum en dénominations communes internationales (DCI) pour éviter les confusions et les risques de surdosages

B) Les pharmaciens

Les pharmaciens pourraient jouer un rôle dans la gestion des pharmacies familiales :

- en conseillant lors de demande d'automédication, en informant des risques, en se renseignant sur d'éventuelles interactions

- en précisant les posologies et les durées sur les boîtes

- en récupérant les médicaments usagers des patients.

C) Les industries pharmaceutiques

Les industriels pharmaceutiques pourraient limiter les risques liés aux pharmacies familiales :

- en conditionnant les médicaments sous blisters et de préférence opaques

- en adaptant le nombre de comprimés par conditionnement aux recommandations officielles

- en évitant de faire des publicités pour le grand public de médicaments qui ne sont pas dénués d'effets indésirables sans avoir fait la preuve scientifique de leur efficacité

- en mettant en avant le nom de la DCI et non celui du laboratoire

- en rendant plus lisibles les dates de péremption.

II Un outil : un site Internet

A) Pourquoi ?

La réalisation de cette thèse a mis en avant des lacunes des connaissances des patients sur la conservation et sur la dangerosité des médicaments.

Pendant la réalisation de l'enquête, les patients en fin de consultation, demandaient fréquemment quelques conseils de base.

Avec l'essor d'Internet, la création d'un site nous a paru une bonne solution pour diffuser à plus grande échelle ces conseils par le biais du médecin de famille.

Différents enquêtes ont corroboré l'idée qu'il était important de conseiller les patients quant à leur pharmacie familiale :

- Désir des patients d'un engagement de leur médecin :

- Dans la thèse de W.Tronel-Peyroz (17) 95% des personnes interrogées aimeraient un contrôle médical de leur pharmacie.

- Selon une enquête de 1996 à la demande du laboratoire pharmaceutique Theraplix, société IMS : 40% des personnes interrogées attentent de leur médecin qu'il leur conseille une liste de produits à avoir à la maison.

- Nécessité d'une formation des patients :

- Il est mis en évidence une méconnaissance des principes de base pour l'automédication :

Ci-dessous quelques exemples de méconnaissances :

- Dans la thèse de A.Watteau (35) à la question « qu'est ce qu'un médicament ? » 50% répondent « boîte avec vignette » et 20% répondent « boîte prescrite par le médecin ».

- Dans l'étude de A.Belhaoues (21) à la demande de l'indication pour chacun des médicaments, les patients donnent une mauvaise réponse dans 10,2% des cas en moyenne.

- Selon W.Tronel-Peyroz (17) 25% des personnes interrogées pensent qu'un médicament en vente libre n'a pas d'effet secondaire et 31,6% pensent que l'aspirine n'a pas de contre-indication ou d'effet secondaire.

- L.Rousseau (25), dans sa thèse cite une enquête de 1992 où 27% des personnes interrogées ont donné l'aspirine comme un traitement pour les maux d'estomac !

Il semble donc évident que donner une liste type de médicaments à avoir chez soi n'est pas suffisant, il est primordial de former les patients, de promouvoir une éducation thérapeutique.

B) Le site

Voici la page d'accueil de ce site internet.

L'adresse est la suivante : *http://pharmaciefamiliale.free.fr*

Pharmacie Familiale - Windows Internet Explorer
http://pharmaciefamiliale.free.fr/index.php?page=accueil
Pharmacie Familiale
Pharmaciefamiliale
Accueil
Médecins
Patients
Liens
Introduction
Bienvenue sur ce site qui compte sensibiliser les médecins, et par leur intermédiaire leurs patients, aux problèmes de la pharmacie familiale, ainsi que de conseiller sur la gestion de cette pharmacie.
Pour Me Contacter
Aurélie BOUTIN: pharmaciefamiliale@free.fr
Site Version 1.0

CONCLUSION

Cet état des lieux des pharmacies familiales complété par l'avis de médecins généralistes à ce sujet a permis de confirmer que trop de dangers existent par la présence à domicile de stocks de médicaments, résultats confirmés par les travaux précédents (en particulier par la thèse de médecine de L. Rousseau (25)).

Voici les principaux résultats de l'enquête auprès des patients :

- La pharmacie familiale est déclarée à portée des enfants dans 17% des cas, elle est installée majoritairement dans la salle de bain (malgré ses températures et ses degrés d'hygrométrie élevés). Elle est gérée pour 83% des cas par une femme
- Les antiseptiques sont entamés dans 91% des cas dont 10% depuis plusieurs années. 52% des personnes ayant répondu à notre enquête citent plusieurs antiseptiques.
- 67% des foyers possèdent des médicaments disponibles exclusivement sur ordonnance. Ces médicaments feraient suite d'abord à un problème de conditionnement pour plus de 60% des patients interrogés et des médecins et ensuite à un problème d'observance (pour 38% des patients mais, pour presque le double des médecins interrogés : 65%).
- 24 % des personnes interrogées pensent avoir des médicaments périmés au jour de l'enquête. 95% déclarent vérifier la date de péremption des médicaments.
- 7% des pharmacies sont triées moins d'une fois par an. 65% pharmacies le sont de façon bisannuelle ou plus fréquemment encore.
- 68% des patients interrogés déclarent rapporter leurs médicaments à la pharmacie.

En ce qui concerne la population des médecins étudiés, ils sont 80% à avoir été confrontés à un danger des pharmacies familiales :

- pour 76% un problème d'automédication,
- pour 57% des autolyses médicamenteuses,
- pour 26% des intoxications d'enfants.

En visite, 92% des médecins interrogés disent prendre en compte les médicaments des pharmacies de leurs patients, en consultation ils sont 75%.

87% des médecins interrogés se sentent investis face à la pharmacie de leurs patients, surtout en ce qui concerne les conseils, en automédication, sur les dangers de stockage de certains médicaments, et sur les médicaments à avoir chez soi.

L'investissement des médecins généralistes dans la gestion des pharmacies familiales est important. Bien que présent il pourrait encore être développé. Ils sont les mieux placés en tant qu'acteurs de soins primaires et médecins de famille amenés à faire des visites à domicile.

Et c’est pour aider les médecins à continuer dans leur tâche en vue d’informer directement certains patients que nous avons voulu créer un site Internet pour les sensibiliser à ce problème de santé publique.

Mais les médecins généralistes ne peuvent à eux seuls régler tous les problèmes liés aux pharmacies familiales. Les responsabilités dans l’éducation thérapeutique et dans la gestion de ces pharmacies familiales sont partagées. En effet les pharmaciens ainsi que les industries pharmaceutiques pourraient également contribuer à diminuer les risques liés à ces stocks de médicaments à domicile.

BIBLIOGRAPHIE

(1)
Le Petit Larousse Illustré,
1990

(2)
Lachaux B. et Lemoine P.
« Placebo, un médicament qui cherche sa vérité »
Medsi/McGraw-Hill éd., Paris.

(3)
Rirko D. Grmek Porter R.
« Histoire de la pensée médicale en occident »
Ed. Seuil. Tomes 1 et 2

(4)
Halioua B.
« Histoire de la médecine »
Abrégés. Ed. Masson

(5)
Renaud A.
« Les médecines parallèles dans la pratique du généraliste : Etats des lieux de la formation et perspectives, Enquête auprès de 160 médecins de Haute Garonne.»
Thèse de médecine, 2006, Toulouse

(6)
Halioua B.
« La médecine au temps des pharaons. »
Ed. Liana Levi, 2002

(7)
Kassel D.
« La Thériaque : 20 siècles d'histoire. »
1996

(8)
Couplan F.
« La médecine des signatures »
Avril 2003.
http://medecines-douces.com

(9)
Poirier J. Salaun F.
« La médecine en France aux XIXème et XXème siècles »
Ed. Masson

(10)
Verry-Jolivet C. Teysseire D.
« La médecine du peuple de Tissot à Raspail : 1750-1850. Médecins et médecine des pauvres. »
Conseil général du Val de Marne. Archives Départementales.

(11)
Code de la santé publique
1952, Art L 5111-1

(12)
« Le médicament, un produit pas comme les autres »
Site Internet des entreprises du médicament
http://www.leem.org

(13)
Site Internet de l'Afssaps
http://agmed.sante.gouv.fr/

(14)
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
« Avis sur le médicament, adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie »
29 Juin 2006

(15)
OMS
« Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in Self-medication »
Geneva 2000

(16)
Cabrera M.
L'Union, 28 décembre 2006, « le gouvernement veut développer l'automédication »
http://www.xavier-bertrand.com

(17)
Tronel Peyroz W.
« Automédication et pharmacie familiale : enquête en médecine générale. »
Thèse de médecine, 1999, Montpellier

(18)
Lavau Denes S.
« La pharmacie familiale, étude descriptive et analytiques auprès de 93 foyers. »
Thèse de médecine, 1998, Limoges

(19)
INSEE
« Population par groupes d'âge »
Tableaux de l'économie française. Edition 2006
http://www.insee.fr

(20)
INSEE,
« Enquêtes permanentes sur les conditions de vie 2003 et 2005. »

(21)
Belhaoues A.
« Groupes sociaux et pharmacie familiale : place et rôle de la pharmacie familiale dans le quartier nord de la ville d'Amiens. »
Thèse de médecine, 1994, Paris 7 Bichat

(22)
Boffetti T. Hericher A.
« La Pharmacie Familiale : un trésor méconnu. Etude chiffrée de son contenu et de son potentiel. »
Thèse de médecine, 1999, Grenoble

(23)
Collet C.
« Etude descriptive de 152 pharmacies familiales »
Thèse de médecine, 2004, Dijon

(24)
Bossard G.
« Armoire à pharmacie destinée aux nourrissons et petits enfants : organisation, contenu, intoxication médicamenteuse accidentelle, médication familiale »
Thèse de pharmacie, 1997, Nantes

(25)
Rousseau Bortoli L.
« La Pharmacie Familiale : intérêts et dangers. »
Thèse de médecine, 1999, Aix Marseille

(26)
« Contamination microbienne des antiseptiques »
La Revue Prescrire, Octobre 1997, N°177.

(27)
Slafer J.
« Diarrhée aigue du nourrisson ; la réhydratation orale est essentielle »
La Revue Prescrire, juin 2000 N°207

(28)
Al-Dhalimi MA, Aljawahiry N.
« Misuse of topical corticosteroids: a clinical study in an Iraqi hospital. »
East Mediterr Health J. 2006 Nov; N°12, p 847-52

(29)
Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, Gil de Miguel A.
«Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. »
Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2007 Jul, N°26

(30)
« Dextropropoxyphène : encore des décès »
La Revue Prescrire, Avril 2007, N°282

(31)
DREES, Ministère de l 'Emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la Santé et des solidarités
« Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005
Annexe 1 au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 »

(32)
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES),
« DROGUES et DEPENDANCES »

(33)
Major C, Vincze Z, Meskó A, Balogh J, Zelkó R, Németh E.
«Medicating outside the consulting room»
Orv Hetil. 2007 Feb 18

(34)
Brodin M.
Rapport 2001, Conférence Nationale de Santé à Strasbourg, les 27, 28 et 29 mars 2001
http://www.sante.gouv.fr

(35)
Watteau Joudon A.
« Etude de la pharmacie familiale basée sur une enquête auprès des patients d'un médecin généraliste. »
Thèse de médecine, 1994, Paris 6 Saint Antoine

(36)
Le site Internet de Cyclamed
http://www.unpf.org/cyclamed

(37)
Grass E. Lalande F. pour inspection générale des affaires sociales (IGAS)
« Enquête sur le dispositif de recyclage des médicaments « Cyclamed » »
Janvier 2005

(38)
Prieur C.
Le Monde, 24 janvier 2007

(39)
URCAM Midi Pyrénées
« Démographie médicale et territoires en Midi-pyrénées, Etude « médecin générale et ruralité » »
Février 2002.

(40)
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), assurance Maladie, Ministère de la santé et des solidarités.
« Protégez votre enfant des accidents domestiques »

(41)
« Ibuprofène 400mg : hors prescription »
La Revue Prescrire, juillet 2007, N°285

(42)
Visot M.
« Les médecins ne veulent pas que les pharmaciens consultent »
Le Figaro Economie, 23 mai 2007

(43)
Taylor Nelson Sofres Santé pour les laboratoires Merck génériques
« Les nouveaux comportements des français et les génériques »
Août 2001 (Etude sur 1000 questionnaires déposés dans les officines.)

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS 7
INTRODUCTION 8
PRESENTATION 9
I Définitions : 9
A) « Médicament » : 9
B) « Pharmacie » : 10
II Historique des thérapeutiques et du médicament à travers le monde : 11
A) Médecine chinoise : 11
B) Médecin égyptienne : 12
C) Médecine des Hébreux : 12
D) Médecine Romaine : 13
E) Médecine Arabe : 13
F) Médecine du moyen âge occidental : 14
III L'origine de la pharmacie familiale et la « Médecine Domestique » : 15
IV Les progrès de la médecine aux XIX ème et XX ème siècles : 17
A) Les empreintes du passé 17
B) Les médecines parallèles 17
C) Les progrès thérapeutiques 19
IV Le médicament de nos jours : 20
A) La Législation : définition du médicament selon le Code de la santé publique : 20
B) Le développement du médicament : 20
C) La délivrance des médicaments : 23
V L'automédication : 25
LES ENQUETES 29
I Objectifs : 29
II Méthodologie : 29
A) Questionnaire patient : 29
B) Questionnaire médecin : 31
III Résultats de l'enquête auprès des patients : 33
A) Description des personnes interrogées : 33
B) Contenant des pharmacies familiales : 37
C) Contenu des pharmacies familiales : 39
D) Gestion des pharmacies familiales : 46
IV Synthèse des résultats de l'enquête auprès des patients : 49
A) Description des personnes interrogées : 49
B) Contenant des pharmacies familiales : 50
C) Contenu des pharmacies familiales : 50
D) Gestion des pharmacies familiales : 51
V Résultats de l'enquête auprès des médecins généralistes : 52
A) Description des médecins : 52
B) Contenu des pharmacies familiales selon les médecins : 54
C) Origine des médicaments des pharmacies familiales selon les médecins généralistes interrogés : 55
D) Prise en compte des médicaments de la pharmacie familiale pour les prescriptions : 56

E) Dangers des pharmacies familiales : 57
F) Rôle du médecin : 59
VI Synthèse des résultats de l'enquête auprès des médecins : 60
A) Description des médecins : 60
B) Contenu des pharmacies familiales selon leurs médecins : 60
C) Origine des médicaments des pharmacies familiales selon les médecins généralistes interrogés : 60
D) Prise en compte des médicaments de la pharmacie familiale au moment des prescriptions : 60
E) Dangers des pharmacies familiales : 60
F) Rôle du médecin : 61
VII Analyse des questionnaires « patients » : 62
A) Descriptions des patients interrogés : 62
B) Contenant des pharmacies familiales : 64
C) Contenu des pharmacies familiales : 66
D) Origine des médicaments stockés : 71
E) Gestion des pharmacies familiales : 74
VIII Analyse des questionnaires « médecins » : 78
A) Description des médecins interrogés : 78
B) Prise en compte des médicaments de la pharmacie familiale lors des prescriptions : 79
C) Les dangers des pharmacies familiales : 80
D) Rôle des médecins : 83
IX Analyse de deux sujets qui nous ont semblé importants : 86
A) Médicaments en vente libre et automédication: 86
B) Etude d'une sous-population : les Seniors 88
X Synthèse générale de notre étude : 91
PERSPECTIVES 93
I Trois acteurs 93
A) Les médecins généralistes 93
B) Les pharmaciens 94
C) Les industries pharmaceutiques 94
II Un outil : un site Internet 95
A) Pourquoi ? 95
B) Le site 96
CONCLUSION 97
BIBLIOGRAPHIE 99
TABLES DES MATIERES 104
ANNEXES i
Annexe 1 : Le questionnaire « patient » i
Annexe 2 : Le questionnaire « médecin généraliste » iii
Annexe 3 : Descriptions succinctes des méthodes et objectifs des 7 thèses de médecine citées dans notre travail v

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire « patient »

VOTRE PHARMACIE PERSONNELLE

VOUS
Quel est votre âge ? Quel est votre sexe ?

Nombre de personnes vivant au foyer :

Nombre d'enfant(s) : Nombre d'adulte(s) : Nombre de senior(s) :

Avez-vous des maladies particulières qui nécessitent un traitement tous les jours?

Qui gère la pharmacie personnelle, les médicaments que vous avez chez vous ?

Dans quelle pièce se situe votre pharmacie personnelle ?

Est- elle à portée de petits enfants ? Oui Non

SON CONTENU
Nécessaire à pansements :

Avez- vous un désinfectant pour les plaies? Oui Non Ne sais pas
Si oui, le(s) quel(s) ?

Est-il (sont ils) entamé(s) ? Oui Non Ne sais pas
Si oui, depuis quand :
- quelques semaines ? - quelques mois ? - quelques années ?

Avez-vous :- des pansements ? Oui Non Ne sais pas
- des compresses stériles? Oui Non Ne sais pas
- des compresses non stériles? Oui Non Ne sais pas
- du coton ? Oui Non Ne sais pas

Médicaments :
Vous reste-t-il des médicaments contre la fièvre :
- du paracétamol (ex : Doliprane, Efferalgan..) Oui Non Ne sais pas
- de l'aspirine (ex : Aspro, Aspegic) Oui Non Ne sais pas
- des anti-inflammatoires (ex : Advil, Neurofen.) Oui Non Ne sais pas

Avez-vous des médicaments de premiers recours ? (Par exemple pour soigner des gastro, des rhumes, des douleurs ….) Si oui, quels sont-ils?

Avez-vous des pommades ? Pour quelles utilisations ?

Vous reste-t-il des médicaments sur prescription du médecin? (Exemples : antibiotiques, anxiolytiques….) Oui Non Ne sais pas

Si oui, est ce parce que :

- la boîte contenait trop de médicaments ? Oui Non Ne sais pas
- le traitement a été arrêté avant la fin ? Oui Non Ne sais pas
- le médicament a été renouvelé alors qu'il vous en restait ? Oui Non Ne sais pas
- le médicament a été renouvelé alors qu'il vous en restait ? Oui Non Ne sais pas

Vérifiez-vous la date de péremption de vos médicaments ? Oui Non Ne sais pas

Combien de fois par an, faites-vous le « ménage » dans votre pharmacie ?

Pensez-vous avoir, ce jour, des médicaments périmés ? Oui Non Ne sais pas

Que faites vous des médicaments non utilisés ?

Vous les jetez à la poubelle ? ☐
Vous les rapportez à la pharmacie ? ☐
Autre attitude? ☐

MERCI A VOUS d'avoir consacré quelques instants pour remplir ce questionnaire !

A.BOUTIN. Directeur de thèse : Docteur M. BISMUTH

Annexe 2 : Le questionnaire « médecin généraliste »

LA PHARMACIE FAMILIALE DE VOS PATIENTS

Quel est votre sexe ?

Quel est votre âge ?

Quel est votre mode d'exercice : ☐ rural ? ☐ semi-rural ? ☐ urbain ?

Depuis combien d'années exercez-vous ?

Que pensez-vous que vos patients possèdent dans leur pharmacie ?

- Un antiseptique ? OUI NON
- De quoi faire des pansements? OUI NON
- Des anti-pyrétiques ? OUI NON
- Des médicaments de premiers recours en cas de virose digestive, ORL? OUI NON

Pensez-vous que vos patients stockent des médicaments sur prescriptions comme :

- Des antalgiques de niveau 2 ? OUI NON
- Des psychotropes ? OUI NON
- Ou autres ? OUI NON

Si OUI, est ce suite à : (plusieurs réponses possibles)

☐ un problème de conditionnement ?
☐ un problème d'observance ?
☐ un renouvellement trop précoce, le patient en avait encore ?
☐ autre :

Demandez-vous à vos patients s'il leur reste des médicaments avant de les re-prescrire ?

- en visite ? OUI NON
- en consultation au cabinet ? OUI NON

Pensez-vous que les patients soient conscients des dangers liés au stockage de médicaments ? OUI NON

Avez-vous eu des accidents liés à la pharmacie familiale ?

- des intoxications chez des enfants ? OUI NON
- si oui, environ combien ?
- des tentatives d'autolyse médicamenteuses ? OUI NON
- si oui, environ combien ?
- des automédications inadaptées ? OUI NON
- si oui, environ combien ?

Etes vous d'avis que le médecin a un rôle à jouer dans le suivi du contenu de la pharmacie de ses patients ? OUI NON

- donner l'inventaire d'une pharmacie familiale?
- conseiller l'emplacement et la fermeture à clef de la pharmacie familiale ?
- conseiller sur la conservation des médicaments ?
- conseiller sur l'utilisation d'antiseptiques ?
- dire de ne pas stocker certains médicaments (antibiotiques, psychotropes…) ?
- vérifier la pharmacie familiale au décours des visites ?
- conseiller sur l'automédication ?
- autres :

Auriez-vous des remarques à faire à ce sujet ?

Annexe 3 : Descriptions succinctes des méthodes et objectifs des 7 thèses de médecine citées dans notre travail

1) A.Watteau (35) 1994. Etude de la pharmacie familiale basée sur une enquête auprès des patients d'un médecin généraliste

Etude de la pharmacie familiale basée sur une enquête à domicile auprès de 35 patients d'un même médecin généraliste.

Objectifs : évaluer les habitudes pharmaceutiques des patients et les caractéristiques de la pharmacie qu'ils ont chez eux, identifier les éléments influençant ces habitudes, cerner l'impact sur ces habitudes de l'éducation sanitaire faire par leur médecin de famille.

2) A.Belhaoues 1994. Groupes sociaux et pharmacie familiale (place et rôle de la pharmacie familiale dans le quartier nord de la ville d'Amiens)

Etude de 50 pharmacies familiales à domicile.

Objectifs : « Quelle place occupe la pharmacie au sein des familles ? » « Quelle est la nature des sa prise en charge ? » « Quel est son mode d'emploi ? » Recherche de corrélation entre pharmacie familiale et milieu social.

3) S.Lavau (18) 1998.la pharmacie familiale, étude descriptive et analytique auprès de 93 foyers

Etude à domicile de 93 pharmacies familiales.

Objectifs : évaluer les méthodes de rangements, analyser les principales classes thérapeutiques, apprécier l'ensemble du stock médicamenteux de façon quantitative et qualitative.

4) W.Tronel-Peyroz (17) 1999. Automédication et pharmacie familiale, enquête en médecine générale

Enquête auprès de 158 patients d'un médecin généraliste par questionnaire de 8 pages en fin de consultation et visite de 33 pharmacies familiales à domicile.

Objectifs : réaliser une photographie de l'automédication dans un lieu géographique donnée pour une période donnée, connaître les motivations de l'automédication, les moyens les résultats et l'influence des facteurs sociaux.

5) T.Boffetti &A.Hericher (22) 1999. La pharmacie familiale, un trésor méconnu

102 visites à domiciles des patients tirés au sort sur 4 patientèles différentes.

Objectifs : calculer le coût des pharmacies familiales, évaluation de l'acceptabilité de la tenue d'une liste des médicaments présents dans la pharmacie familiale pour pouvoir les utiliser suite aux consultations.

6) L.Rousseau (25) 1999. Pharmacie familiale, Intérêts et dangers

Enquête auprès de 59 médecins généralistes des Bouches du Rhône, choisis au hasard, à qui a été envoyé un questionnaire de 12 items , et bibliographie sur la description des Pharmacies familiales.

Objectifs : « déterminer si la pharmacie familiale telle qu'elle existe est adaptée à la prise ne charge de la santé des familles » et étude des trois principaux dangers de la pharmacie familiale : les surdosages médicamenteux volontaires, les effets indésirables de l'automédication, les intoxication médicamenteuses accidentelles des enfants.

7) C.Collet (23) 2004. Etude descriptive de 152 pharmacies familiales

152 questionnaires remplis par les patients à leur domicile.

Objectifs : description des pharmacies familiales, étude des corrélations entre la gestion de ces dernières et le sexe, la taille de la commune, la catégorie socio-professionnelle…

Auteur : Aurélie BOUTIN

Résumé :

Avoir des médicaments à domicile pour s'automédiquer fait parti de vieilles coutumes, mais n'est pas sans risques. Notre état des lieux, basé sur une analyse de 244 questionnaires proposés aux patients et 52 questionnaires à des médecins généralistes de Haute Garonne, confirme, comme les résultats des travaux précédents, que des dangers existent. 80% des médecins interrogés ont été confrontés à 3 de ces dangers : problèmes d'automédications, d'autolyses médicamenteuses ou d'intoxications d'enfants.

Les médecins traitants sont les mieux placés pour conseiller et sensibiliser la population, notre enquête confirme leur implication. Mais ils ne peuvent à eux seuls régler ce problème de société. Les pharmaciens ainsi que les industries pharmaceutiques ont également un rôle à jouer pour diminuer les risques liés à ces stocks de médicaments à domicile. Il conviendrait de sensibiliser tous ces acteurs, d'autant plus que les pouvoirs publics continuent de promouvoir l'automédication.

Résumé Anglais :

To have medicine at home to take care of oneself is a several centuries old practice, but not with no risk. Our status, based on an analysis of 244 questionnaires filled in by patients and 52 by generalist doctors from Haute Garonne, confirm, like previous studies results, that dangers exist. 80% of the doctors interviewed were at least once confronted to 3 of those main dangers: self medication problems, medicine autolysis or children intoxications.

Generalist doctors have the best role to give advice and sensitize patients, our study confirm their involvement. But they cannot solve this society problem by themselves. Pharmacist, as well as pharmaceutical industries, have also a role to play to decrease the risks associated to those medicine kept at home. Those actors should be heightened, all the more because the authorities are still promoting self medication.

Mots clefs :

Pharmacie Familiale
Automédication
Pharmacie
Médecine Générale
Prévention
Médicament